

Henna Alamaunu & Amine Yilmaz

**7–12-VUOTIAIDEN HENKINEN PAHOINVOINTI JA SEN EN-
NALTAEHKÄISY, TUNNISTAMINEN JA JATKOTOIMENPITEET
KOULUTERVEYDENHUOLLOSSA**

**7–12-VUOTIAIDEN HENKINEN PAHOINVOINTI JA SEN EN-
NALTAEHKÄISY, TUNNISTAMINEN JA JATKOTOIMENPITEET
KOULUTERVEYDENHUOLLOSSA**

Henna Alamaunu
Amine Yilmaz
Opinnäytetyö
Kevät 2013
Hoitotyön koulutusohjelma
Oulun seudun ammattikor-
keakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun seudun ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Tekijä: Alamaunu, Henna & Yilmaz, Amine

Opinnäytetyön nimi: 7–12-vuotiaiden henkinen pahoinvointi ja sen ennaltaehkäisy, tunnistaminen ja jatkotoimenpiteet kouluterveydenhuollossa

Työn ohjaajat: Kaisa Koivisto ja Pirkko Sandelin

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Kevät 2013 Sivumäärä:74+9

Alakouluikäisten henkistä pahoinvointia on tutkittu vähän kouluterveydenhoitajien näkökulmasta. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata kouluterveydenhoitajien kokemuksia 7–12-vuotiaiden lasten mielenterveydestä, ja sen riskeistä, mahdollisista ongelmista ja häiriöistä. Tarkoituksena on myös kuvata, miten terveydenhoitajat ennaltaehkäisevät ja tunnistavat 7–12-vuotiaan lapsen henkistä pahoinvointia ja miten he toimivat tunnistamisen jälkeen. Tutkimustehtävät laadittiin tarkoituksen pohjalta. Teema-haastattelun avulla haastateltiin yksilöllisesti viittä kouluterveydenhoitajaa Oulussa kevään 2012 aikana. Aineisto analysoitiin laadullisella, teoriaohjaavalla sisällönanalyysillä.

Tulosten mukaan suurin osa lapsista voi hyvin, minkä taustalla ovat pääosin onnelliset perhesuhteet ja kaverit. Lasten henkinen pahoinvointi näyttäytyy puolestaan yleensä mielenkiinnon menetyksenä, väsymyksenä ja apeutena. Vanhempien parisuhteen, vanhemmuuden ja mielenterveyden ongelmat sekä kaverisuhteiden ongelmat olivat yleisimpiä henkisen pahoinvoinnin riskejä. Tärkeimmiksi ennaltaehkäisykeinoiksi koettiin keskustelu, henkisen voinnin tukeminen ja riskitekijöihin puuttuminen. Tunnistamisen keinoina puolestaan pidettiin seulontaa, seuraamista, fyysisten ja henkisten piirteiden tarkkailua sekä kaverisuhteiden ja poissaolojen tiedustelua. Jatkohoitoimenpiteisiin kuului neuvojen kysyminen lastenlääkäriltä. Terveydenhoitajat ottivat kuitenkin yhteyttä Lasten- ja nuorisopsykiatriseen työryhmään viimeistään koulun apukeinojen loppuessa. Ennaltaehkäisyssä, tunnistamisessa ja auttamisessa tehtiin yhteistyötä pääasiassa koululääkärin, koulupsykologin, koulukuraattorin, oppilashuoltoryhmän, opettajien, terveysaseman, lastensuojelun ja nuorisotoimen kanssa.

Tutkimus on tarkoitettu ensisijaisesti kouluterveydenhoitajille ja alan opiskelijoille. Tuloksia voidaan käyttää kouluterveydenhuoltotyön kehittämiseen henkisen pahoinvoinnin ennaltaehkäisyssä, tunnistamisessa ja jatkotoimenpiteissä. Terveydenhoitajat voivat käyttää myös tutkimustietoja käytännön mielenterveystyössään. Toivomme kuitenkin tutkimuksesta olevan hyötyä kaikille, jotka työskentelevät alakouluikäisten lasten parissa. Tutkimusta voitaisiin jatkaa esimerkiksi laajentamalla aineistoa siten, että haastattelu ulotettaisiin koko Suomen kattavaksi.

Asiasanat: henkinen pahoinvointi, mielenterveyden ongelmat, mielenterveyden häiriöt, mielenterveys, mielenterveystyö, kouluterveydenhuolto

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences

Degree Programme in Nursing and Health Care, Option of Preventive Health Care

Authors: Alamaunu, Henna & Yilmaz, Amine

Title of thesis: 7-12-year-old Children's Mental Health Problems and Their Prevention, Identification and Follow-up Treatment in School Health Care

Supervisors: Kaisa Koivisto & Pirkko Sandelin

Term and year when the thesis was submitted: Spring 2013

Number of pages: 74 + 9 appendix pages

BACKGROUND: Public health nurses' experiences of school children's mental health problems have been studied only a little although the subject is very important and current.

AIM: The aim of this study was to describe the experiences that public health nurses had of school children's mental health risks, problems and disorders and how they felt their work was appreciated by the parents and the school community. The aim was also to produce information how public health nurses prevented and identified mental health problems and how they worked after the identification.

METHOD: This study used qualitative methods for data collection. Five school nurses were interviewed one by one using theme-based interviews. The data were analysed by qualitative theory of normative content analysis.

RESULTS: The results showed that most children were fine, but there were some children who had problems with their mental health. The biggest risks for developing mental health problems were problems in the family. The most important ways to prevent mental health problems were talking with the children and reacting if there seemed to be a high risk for problems. The ways to identify mental health problems seemed to be screening, and observing the children's physical and mental qualities and also asking and talking about their friendships and school work. They could also consult pediatricians if they had any worries about mental health issues. If they didn't know how to proceed with children who had mental health concerns they contacted the child and adolescent psychiatry team. The nurses also co-operated with the school doctor, the school psychologist, the school welfare officer, the student social services, the teachers, the clinic, the child welfare and the youth work services during preventing, identification and follow-up treatment.

CONCLUSIONS: This study has mainly been made for the school nurses and students. The results can be used to develop preventing and identifying mental health concerns and to plan the follow-up treatment. Public health nurses can also use the results in their mental health work. The study could also benefit all the people who work with children. In the future the study could be done all over Finland.

Key words: mental health concerns, mental health problems, mental disorders, mental health, mental health work, school health care

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ.....	3
ABSTRACT	4
SISÄLLYS	5
1 JOHDANTO.....	7
2 HENKISEN PAHOINVOINNIN ENNALTAEHKÄISY, TUNNISTAMINEN JA JATKOTOIMENPITEET KOULUTERVEYDENHUOLLOSSA.....	10
2.1 Henkisen pahoinvoinnin ennaltaehkäisy	10
2.2 Henkisen pahoinvoinnin tunnistaminen	13
2.3 Henkisen pahoinvoinnin jatkotoimenpiteet	14
2.4 Kouluterveydenhoitajan yhteistyötahot	15
3 ALAKOULULAISTEN HENKINEN PAHOINVOINTI.....	18
3.1 Kouluikäisen lapsen normaali psyykinen kehitys	18
3.2 Alakouluikäisten henkisen pahoinvoinnin nykytila Suomessa	19
3.3 Mielenterveyttä uhkaavat riskitekijät	20
3.3.1 Lapsesta peräisin olevat riskitekijät.....	20
3.3.2 Perheestä ja lähipiiristä peräisin olevat riskitekijät	22
3.3.3 Elämäntapahtumien aiheuttamat riskitekijät	24
3.3.4 Yhteiskunnan aiheuttamat riskitekijät	25
3.4 Käytöshäiriöt	26
3.5 Tarkkaavuushäiriöt	27
3.6 Ahdistuneisuushäiriöt	28
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT.....	30
5 TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN	31
5.1 Laadullinen tutkimus	31
5.2 Tutkimukseen osallistujien valinta	31
5.3 Teemahaastattelu aineistonkeruumenetelmänä	32
5.4 Aineiston analysointi	34
6 TUTKIMUSTULOKSET	37
6.1 Hyvä mielenterveys ja henkinen pahoinvointi	38
6.2 Henkisen pahoinvoinnin ennaltaehkäisy ja tunnistaminen.....	39
6.3 Yhteistyö erikoissairaanhoidon ja vanhempien kanssa tunnistamisen jälkeen	50

6.4 Kouluterveydenhoitajan työn arvostus mielenterveysasioissa	52
7 POHDINTA.....	53
7.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset	53
7.1.1 Lasten henkinen hyvinvointi ja voimavarat.....	53
7.1.2 Lasten henkinen pahoinvointi ja sen riskitekijät	54
7.1.3 Ennaltaehkäisyn keinot.....	55
7.1.4 Tunnistamisen keinot.....	56
7.1.5 Jatkotoimenpiteiden keinot.....	57
7.1.6 Yhteistyötahot ennaltaehkäisyssä, tunnistuksessa ja jatkotoimenpiteissä	57
7.1.7 Ajan puutteen seuraukset.....	60
7.2 Tutkimuksen eettisyys	61
7.3 Tutkimuksen luotettavuus	63
7.4 Omat oppimiskokemukset ja jatkotutkimushaasteet	64

LÄHTEET

LIITTEET

1 JOHDANTO

Osa suomalaisista lapsista voi nyt huonommin kuin aiemmin. Haastattelussaan lääkäri Eeva-Liisa Palomäki toteaa, että lasten henkinen pahoinvointi on myös nykyisin monimuotoisempaa ja vaikeampaa. Palomäen mukaan erityisesti tytöt kertovat huolistaan kouluterveydenhoitajalle, jolla on vaitiolovelvollisuus. Palomäki painottaa, että tietyistä asioista voikin olla helpompaa kertoa kouluterveydenhoitajalle kuin vanhemmille ja opettajille. (Anttila 2007, 23–24.) Kouluterveydenhoitajalla onkin yhdessä oppilashuollon kanssa tärkeä tehtävä mielenterveysongelmien ehkäisyssä, tunnistamisessa ja jatkohoidon järjestämisessä (Kouluterveydenhuolto 2002, 52).

Tutkimusaiheemme on 7–12-vuotiaiden lasten henkinen pahoinvointi. Käytimme tutkimuksen viitekehyksen kokoamisessa enimmäkseen kolmea teosta. Teoksessa Lasten- ja nuorisopsykiatria (2010) ja Psykiatria (2011) käsitellään lasten mielenterveyden häiriöitä yleisesti. Teoksessa Kouluterveydenhuolto (2002) puolestaan on tietoa kouluterveydenhoitajan työstä. Näissä teoksissa ei ole tullut kuitenkaan esille alakoululaisten henkistä pahoinvointia kouluterveydenhoitajan näkökulmasta. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata kouluterveydenhoitajien kokemuksia 7–12-vuotiaiden lasten mielenterveydestä, mielenterveyteen liittyvistä riskeistä ja mahdollisista ongelmista sekä häiriöistä. Tarkoituksena on myös kuvata, miten terveydenhoitajat ennaltaehkäisevät ja tunnistavat 7–12-vuotiaan lapsen henkistä pahoinvointia ja miten he toimivat tunnistamisen jälkeen. Kiinnostuimme aiheesta, sillä voimme hyödyntää kerättyä tietoa tulevaisuudessa terveydenhoitajan ammatissa. Tutkimuksemme voi auttaa myös kouluterveydenhoitajia käytännön työssä lasten henkisen pahoinvoinnin ennaltaehkäisyssä, tunnistamisessa ja jatkohoidossa. Tulosten avulla voidaan myös kehittää kouluterveydenhuollon mielenterveyttä koskevaa työtä. Toisaalta tutkimuksen tuloksia voivat hyödyntää kaikki ammattilaiset, jotka tekevät työtä alakouluikäisten parissa. Tutkimuksen tulokset voitaisiin ottaa huomioon mielenterveystyön kehittämisessä, ja siten myös suomalaisten lasten henkinen pahoinvointi voisi mahdollisesti vähentyä.

Opinnäytetyön teoriaosassa käsitellään lasten henkisen pahoinvoinnin ennaltaehkäisyä, tunnistamista ja jatkotoimenpiteitä kouluterveydenhuollossa. Käsittelemme pääasiassa

ennaltaehkäisevää tasoa, sillä terveydenhoitajat ovat usein ratkaisemassa ongelmia varhaisessa vaiheessa ja näin avainasemassa ennaltaehkäisyssä. Käymme läpi myös alakouluikäisten normaalin psyykkisen kehityksen päävaiheita, tavallisimpia mielenterveyden häiriöitä ja mielenterveyshäiriöiden riskitekijöitä. Normaalin psyykkisen kehityksen ja riskitekijöiden tiedostaminen on tärkeää, jotta ennaltaehkäisy ja tunnistaminen onnistuvat. Opinnäytetöiden rajallisen pituuden vuoksi jätimme harvinaisemmat alakouluikäisten mielenterveydenhäiriöt tutkimuksen ulkopuolelle. Olemme verranneet aiempia tutkimustuloksia omiin tuloksiimme olennaisissa kohdissa sekä silloin, kun aiempaa tutkimustietoa on ollut saatavana. Keskeisiä käsitteitä ovat mielenterveys, henkinen pahoinvointi, mielenterveyden ongelmat ja mielenterveyden häiriöt.

Hyvän mielenterveyden tunnusmerkkejä ovat toisista välittäminen, rakkaus sekä kyky ja halu ihmissuhteisiin ja henkilökohtaiseen tunteiden ilmaisemiseen. Henkisesti terve ihminen kykenee myös työntekoon, asialliseen oman edun valvontaan ja sosiaaliseen osallistumiseen. Hän erottaa todellisuuden ja oman mielikuvituksen toisistaan vaikeina aikoina. Vaikeuksien ja muutosten kestäminen kuuluu myös normaaliin elämään. Sosiaalinen itsenäisyys, luovuus ja ehjä identiteetti ovat keskeisiä. Hyvän mielenterveyden pääkriteereinä ovatkin psyykinen kimmoisuus ja kyky suojautua haitallisilta tekijöiltä. (Tilus 2004, 41–42; Lehtonen & Lönnqvist 2011, 24–25.) Myös henkisen hyvinvoinnin tunnusmerkkejä ovat tyytyväisyys elämään, aktiivisuus, avoin perusasenne, epävarmuuden sieto ja itsensä hyväksyminen (Henkinen kuormittuminen 2012, hakupäivä 3.4.2013).

Mielenterveyden ongelmat voivat tuntua ruumiillisena kipuna tai päivittäisenä mieltä kuormittavana asioina, mikä voi vaikuttaa ajatuksiin, uskomuksiin, asenteisiin ja muistiin (Mielenterveys 2012, hakupäivä 1.12.2012). Henkinen pahoinvointi tarkoittaa mielenterveyden ongelmia ja henkiseen ahdistukseen liittyvää toimintakyvyn alenemista sekä diagnoosia vaille olevia mielenterveyden häiriöitä (Vihreä kirja 2005, 4). Mielenterveyden häiriöt puolestaan aiheuttavat henkistä vajaakuntoisuutta ja rajoittavat toimintakykyä. Ne voivat pahimmillaan vammauttaa ihmisen lähes täysin, mikä lisää syrjäytymisen riskiä yhteiskunnassa. Mielenterveyden häiriöt ryhmitellään luokkiin oireiden ja niiden vaikeusasteen mukaan. Hoitoa vaativia oireyhtymiä voi olla useita samaan aikaan. (Mielenterveys 2012, hakupäivä 1.12.2012.)

Aineiston keräsimme teemahaastattelun avulla haastatteleamalla viittä kouluterveydenhoitajaa heidän työpaikoillaan Oulun seudulla. Olemme keränneet aineiston kevään 2012 aikana, ja nauhoittaneet jokaisen haastattelun nauhurilla. Aineiston analysoimme laadullisen tutkimuksen teoriaohjaavalla sisällönanalyysillä. Opinnäytetyömme tutkimustehtävät ovat seuraavia: Millaisia kokemuksia kouluterveydenhoitajalla on 7–12-vuotiaiden mielenterveydestä ja mielenterveyden vaikeuksista? Miten kouluterveydenhoitaja voi ennaltaehkäistä mielenterveyshäiriöiden kehittymistä? Miten kouluterveydenhoitaja voi tunnistaa 7–12-vuotiaiden lasten mielenterveyteen liittyviä vaikeuksia? Millaisia kokemuksia kouluterveydenhoitajalla on omista mahdollisuuksista auttaa 7–12-vuotiaita koululaisia mielenterveyteen liittyvissä vaikeuksissa?

2 HENKISEN PAHOINVOINNIN ENNALTAEHKÄISY, TUNNISTAMINEN JA JATKOTOIMENPITEET KOULUTERVEYDENHUOLLOSSA

2.1 Henkisen pahoinvoinnin ennaltaehkäisy

Suuret kansantaudit, kuten mielenterveyshäiriöt, alkavat jo lapsuudessa. Täten mielenterveysongelmien ennaltaehkäisy kuuluu oleellisesti kouluterveydenhuollon ja oppilashuollon tehtäviin. Muun muassa terveystarkastukset ja oppilashuollon toiminta ovat ehkäisevää mielenterveystyötä. (Kouluterveydenhuolto 2002, 36; Jakonen 2006, 159.)

Terveystarkastuksia on alakoulussa yhteensä neljä tyyppiä: laaja-alaiset tarkastukset, terveystapaamiset, seulontatarkastukset ja kohdennetut terveystarkastukset. Terveystarkastusten yhteydessä päivitetään koululaisen terveydenhoitosuunnitelma. Koululääkäri ja terveydenhoitaja tekevät laaja-alaiset terveystarkastukset alakouluun tulovaiheessa 1. ja 5. luokalla. Laaja-alaisessa tarkastuksessa määritetään muun muassa psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin taso ja mahdolliset hoidon tarpeet. Kouluterveydenhoitaja aloittaa laaja-alaisen tarkastuksen lapsen ja perheen haastattelulla, terveystarkastuksella ja seulontatutkimuksilla. (Kouluterveydenhuolto 2002, 37, 39; Hakulinen-Viitanen, Hastrup, Hietanen-Peltola, Pelkonen & Wallin 2012, 59.) Vanhempien haastattelun aikana keskustellaan mahdollisesti kyselylomaketta apuna käyttäen lapsen terveydestä ja lapsen omista kokemuksista koulussa selviytymisestä. Lisäksi keskustelussa otetaan huomioon lapsen kasvattamiseen liittyvät tekijät ja perheen mahdolliset ongelmat. Myös oppilashuollon ja opettajan antamat tiedot koululaisen kaverisuhteista, oppimisesta ja koulussa selviytymisestä ovat osa tarkastusta. (Kouluterveydenhuolto 2002, 38; Strid 2002, 141, 143.)

Laaja-alainen koulutulokkaan tarkastus päättyy ensimmäisen vuoden keväällä lääkärin puoli tuntia kestävään tarkastukseen. Tässä tarkastuksessa ovat mukana myös terveydenhoitaja ja vanhemmat. (Kouluterveydenhuolto 2002, 38; Hakulinen-Viitanen ym. 2012, 59.) Opettajan haastattelu ennen lääkärintarkastusta ja vanhempien läsnäolo tarkastuksessa antavat parhaat tulokset. Lääkärintarkastuksessa arvioidaan pituutta, painoa

ja muita fyysisiä ominaisuuksia. Erityisesti oppimisvaikeuksiin, häiriökäyttäytymiseen, masennukseen ja muihin henkisiin ongelmiin kiinnitetään myös erityistä huomiota. Perheen ongelmat otetaan lisäksi huomioon lääkärintarkastuksessa. (Strid 2002, 144.) Laaja-alaisen tutkimuksen lopuksi lääkäri tekee tarvittavat hoitosuunnitelmat (Kouluterveydenhuolto 2002, 38; Strid 2002, 143). Laaja-alainen terveystarkastus 5. luokalla on toiminnaltaan samantyyppinen ja voi ajoittua pidemmälle ajalle. Vanhemmat eivät ole osallistuneet yleensä tähän tarkastukseen. Vanhempien tapaamiset ovatkin rajoittuneet lähinnä kouluuntulotarkastusten yhteyteen. (Strid 2002, 139, 141, 143–144; Lasten terveys 2010, 143.)

Terveystapaamiset järjestetään aina sovittuina vuosina laajojen tarkastusten väli vuosina, ja ne ovat terveydenhoitajan ja koululaisen välisiä. Ne tarjoavat tilaisuuden tehokkaaseen terveystarkastukseen ja mahdollisiin seulontatutkimuksiin, jos vastaanottaja on kasvatukselle avoin. (Kouluterveydenhuolto 2002, 38; Mäki 2011, 14.) Seulontatarkastukset ovat valtakunnallisia. Vaikka ne keskittyvät lähinnä piteuden, painon, näön, kuulon, verenpaineen ja ryhdin tarkistukseen, terveydenhoitaja voi samanaikaisesti havainnoida lapsen psyykkistä kuntoa. Kohdennetut terveystarkastukset puolestaan tehdään tarpeen vaatiessa riskiryhmille. Riskiryhmiin kuuluvat erityisesti lapset, joiden perhe ei pysty takaamaan lapselle turvallista kehitystä ja joilla on käytöshäiriöitä ja oppimisvaikeuksia. Kohdennettua seurantaa vaativat myös muista kulttuureista tulevat, sairaat ja kehitysvammaiset lapset. (Hyvärinen ym. 2002, 170; Kouluterveydenhuolto 2002, 36.)

Kouluterveydenhuollon yksi tärkeä tehtävä on terveystarkastus, jonka tavoitteena on, että oppilaat ymmärtäisivät terveyden merkityksen, vastuunsa terveystarkastuksista, terveyttä edistävien ja uhkaavien tekijöiden erot ja omaksuisivat terveelliset elämäntavat. Terveydenhoitajan on yhdessä opettajien kanssa osallistuttava koulun terveystarkastussuunnitelmien tekemiseen ja toteutukseen. Lisäksi kouluterveydenhuollon on varmistettava, että suunnitelmien sisältöalueet sopivat kunkin ikäluokan kehitysvaiheisiin. (Jakonen, Tossavainen, Tupala, Turunen & Vertio 2002, 66; Jakonen 2006, 156–160.) Terveystarkastuksen on myös syytä olla terveystietoon perustuvaa ja päämäärätietoista. Terveystarkastuksellinen näkökulma pitää tulla esille myös kouluterveydenhuollon ja oppilaan välisessä tapaamisessa. Henkilökohtaisessa tapaamisessa voidaan kuitenkin keskittyä aiheisiin, jotka ovat kyseiselle oppilaalle tärkeitä. Terveystarkastus voikin olla hen-

kilökohtaista neuvontaa, ryhmän terveystoimintaa ja laajan yleisen terveystoimintaa. (Terho 2002, 21; Uutela 2002, 426.)

Mielenterveyttä koskevassa työssä erityisen tärkeää on lapsen sosiaalisen ja emotionaalisen kasvun ja kehityksen tukeminen. Esimerkiksi kouluyhteisön toimintatavat ja aikuiset voivat parhaimmillaan tukea lapsen kehitystä. Lapselle on hyvä kertoa, miten hän voi hoitaa mielenterveyttään ja välttää sitä vaurioittavia tekijöitä. Myös turvallisuuden ja yhteisöön kuulumisen tunteen sekä myönteisen minäkuvan vahvistaminen on tärkeää. Median oikeanlaisen käytön ohjeistaminen tulee olemaan entistä tärkeämpää, kun tehdään ehkäisevää mielenterveystoimintaa. (Kouluterveydenhuolto 2002, 51, 53; Jakonen 2006, 157–158.)

Kouluyhteisön ilmapiiri vaikuttaa yksilön hyvinvointiin, joten kouluterveydenhuollon on oltava tietoinen koulun toimintatavoista, oppilaiden kokemasta ilmapiiristä ja opettajien ja oppilaiden välisistä suhteista. Lisäksi on pyrittävä edistämään yhteisön terveyttä ja hyvinvointia ja samalla ehkäisemään yhteisössä hyvinvoinnin haittatekijöitä. (Terho 2002, 20.) Kouluterveydenhuollon tavoitteena onkin turvata koko kouluyhteisön terveellinen ja turvallinen kasvu ja kehitys (Jakonen 2006, 156).

Vaikka kouluterveydenhuoltoa toteuttavat kouluterveydenhoitaja ja koululääkäri, tutkimusten mukaan monissa kunnissa lääkäreiden palvelut ovat kuitenkin puutteellisia (Tervaskanto-Mäentausta 2008, 376). Lääkärintarkastus on yleensä toteutettu vain vuosiluokilla viisi ja kahdeksan (Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen perusopetuksessa 2009; Perusraportti 2010, 172). Lisäksi lääkärintarkastus on voitu korvata pelkästään terveydenhoitajan tarkastuksella. Kyseisissä tapauksissa kehitystä uhkaavia ongelmia on jäänyt huomaamatta. (Strid 2002, 144, 146.)

Terveystarkastusten toteutumisessa on ollut aiemman tutkimuksen mukaan myös puutteita. Tutkimuksen aineiston mukaan määräaikaisten terveystarkastukset eivät toteutuneet suositusten mukaisesti. Laajat terveystarkastukset tehtiin vain puolessa kouluista, mikä on tosin vain suuntaa antavaa tietoa. Oulun lääni jäi terveydenhoitajan tarkastusten määrässä jälkeen maan keskiarvosta, vaikka ykkösluokkalaisten terveydenhoitajan tarkastukset toteutuivat hyvin. (Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen perusopetuksessa 2009; Perusraportti 2010, 172–173.)

2.2 Henkisen pahoinvoinnin tunnistaminen

Oireiden, kuten päänsäryn, jännittyneisyyden, levottomuuden, niskahartiasäryn, vatsakivun ja keskittymisvaikeuksien, taustalta voi löytyä henkisiä sairauksia. Tästä syystä oireita on hyvä tiedustella erityisesti laajoissa tarkastuksissa lapselta ja vanhemmilta, mikä helpottaa oireilun seuranta ja taustatekijöiden puheeksi ottamista. Kaikista oireista ei kuitenkaan tarvitse kysyä, mikäli lapsen psykososiaalisen terveydentilan arviointimenetelmä eli LAPS-lomake sekä Vahvuudet ja vaikeudet -kysely ovat käytössä. Oireiden tunnistaminen, niihin puuttuminen, syiden selvittäminen ja mahdollinen jatkohoito on tärkeää lapsen voinnin kannalta. Toisaalta joskus oireet ovat vaarattomia eivätkä edellytä hoitoa, jolloin tilanteen rauhoittaminen on tarpeen. (Räsänen 2002, 275; Borg, Kaukonen, Laatikainen & Mäki 2011, 119–120.)

Vahvuudet ja vaikeudet -kyselyä käytetään pääasiassa laajoissa terveystarkastuksissa. Jos huoli lapsen voinnista kuitenkin herää, olisi kyselyä syytä käyttää. Vanhemmat ja opettajat arvioivat kyselyn avulla 4–16-vuotiaan lapsen tunne-elämän oireita, käytösoireita, tarkkaavaisuuden oireita, kaverisuhteiden ongelmia, muiden kanssa toimeentulon taitoja sekä vaikeuksien vaikutusta koululaisen elämään. Jos lapsi on 11-vuotias, hän voi vastata kyselyyn myös itse. Lopuksi terveydenhoitaja arvioi tuen tarpeen kyselyn tulosten pohjalta. Vahvuudet ja vaikeudet -kysely on todettu Suomessa luotettavaksi tutkimusmenetelmäksi, ja se on laajassa käytössä myös ulkomailla (Borg 2011, 108, 111.)

Lääkärit tai lääkäri-terveydenhoitajatyöparit voivat käyttää LAPS-lomaketta 4–15-vuotiaiden laajoissa terveystarkastuksissa. Lomaketta voi käyttää myös aina, kun lapsen psykososiaalinen kunto sitä vaatii. Lomakkeella voidaan arvioida psyykkisten oireiden vakavuutta ja tuen tarvetta. Lisäksi lomake ohjeistaa paikan, jossa mahdolliset tukitoimet tulisi järjestää. Kyseisen menetelmän luotettavuudesta on odotettavissa tutkimustietoa tulevaisuudessa. (Borg & Kaukonen 2011, 112, 114.)

Psyykkisen kehityksen kokonaisarviointi perustuu kuitenkin työntekijän tekemiin havaintoihin, keskusteluihin lapsen ja vanhempien kanssa sekä tutkimuksiin ja arviointimenetelmiin. Kokonaisarviossa otetaan huomioon lapsen terveydentila, lapsen ja vanhemman välinen vuorovaikutus, vanhempien näkemys lapsen terveydestä ja kehitysym-

päristön vaikuttavat tekijät. Kokonaisarvio on hyvä tehdä kaikkien terveystarkastusten yhteydessä, mutta erityisesti laajoissa tarkastuksissa sen tekeminen on merkittävää. (Borg, Kaukonen & Mäki 2011, 191.)

Koulutuksen, konsultaation ja työnohjauksen avulla voidaan tukea kouluterveydenhoitajia tunnistamaan henkistä pahoinvointia, mikä vähentää raskaampien mielenterveyspalvelujen tarvetta. Resurssien ja koulutuksen lisäämiseen on tarvetta, sillä henkisen pahoinvoinnin selvittämiseen kuluu enemmän aikaa kuin tavallisessa tarkastuksessa. (Räsänen 2002, 276.)

2.3 Henkisen pahoinvoinnin jatkotoimenpiteet

Huolen herättyä otetaan myös yhteys vanhempiin, joiden kanssa mietitään sopivinta tapaa jatkohoidon järjestämiseen (Laakso & Sohlman 2002, 66; Borg 2011, 111). Jos lapsella on hieman normaalista poikkeavaa oireilua, hän voi tarvita tukea, lisäselvittelyä tai hoitoa peruspalveluissa tai perusterveydenhuollossa. Oireet voivat kuitenkin olla myös hyvin vakavia. Tällöin on syytä harkita lastenpsykiatrista konsultaatiota, lähetteen tekoa lastenpsykiatriseen arvioon tai perheen ohjaamista muihin erityispalveluihin. (Räsänen 2002, 276; Borg & Kaukonen 2011, 113.)

Hyvin toteutetulla terveydenhuollolla voi olla ratkaiseva merkitys koululaisille, joilla on ongelmia. Kouluterveydenhoitajalta vaaditaan laajaa tietämystä lasten kehityksestä, terveydestä, sairauksista ja niiden ehkäisystä, kuntoutuksesta ja hoidosta. Hänellä tulee olla myös kokonaisvaltainen näkemys kouluterveydenhuollon merkityksestä lasten hyvinvoinnille. (Terho 2002, 21.) Lisäksi hyvillä vuorovaikutustaidoilla ja yhteistyökyvyllä on merkittävä osuus moniammatillisessa tiimissä ja toimiessa erilaisten ihmisten kanssa (Kouluterveydenhuolto 2002, 37). Yhteydenpito myös muuhun terveydenhuoltoon ja päättäjiin on tärkeää, jotta kouluterveydenhuollon merkitys avautuu myös kunnalle. Näin ihanteelliseen tilanteeseen päästäkseen kouluterveydenhuollon ammattilaisilla täytyy olla mahdollisuus jatkuvaan täydennyskoulutukseen. (Terho 2002, 21.)

Kouluikäiset ovat usein reippaita ja urheita, mutta pinnan alta voi löytyä pelokas ja arka lapsi (Ivanoff, Kitinoja, Rahko, Risku & Vuori 2006, 92). Kouluterveydenhoitajan luona käyvätkin usein lapset, jotka haluavat apua henkisiin ongelmiin, mutta puhuvat vain

ruumiillisista häiriöistä (Puura 2010, 382). Jotta kouluterveydenhuolto saavuttaisi parhaita mahdollisia tuloksia, työskentelyn on oltava jatkuvaa ja luottamuksellista. Vastaanottojen on suositeltavaa tapahtua koulun tiloissa, jotta kynnyksellä tulla kouluterveydenhoitajan vastaanotolle olisi matala. (Kouluterveydenhuolto 2002, 33; Ruski 2002, 49.)

2.4 Kouluterveydenhoitajan yhteistyötahot

Kouluterveydenhoitajan luontevia yhteistyökumppaneita ovat koululääkäri, terveysaseman henkilökunta, oppilashuolto, opettajat, vapaaehtoisjärjestöt, virkamiehet, tukioppilaat, muu terveydenhuolto, sosiaalihuolto, nuorisotoimi ja seurakunta. Kouluterveydenhuollossa terveydenhoitaja ja koululääkäri kuitenkin muodostavat tiiviimmän työparin, ja muita tahoja käytetään tarvittaessa. (Ruski 2002, 50.)

Koululääkärin ja terveydenhoitajan välisessä yhteistyössä korostuu lääkärin antama tuki, neuvonta ja vastuunotto sekä terveydenhoitajan antamat taustatiedot ja hoitoon välitys. Koulukuraattori yhdessä terveydenhoitajan kanssa auttaa puolestaan oppilaita kouluongelmissa, parantaa kodin ja koulun yhteistyötä sekä tukee oppilaiden henkistä kehitystä. Oppimishäiriöiden selvittelyssä taas terveydenhoitajan yhteistyökumppaneita ovat psykologi, erityisopettaja ja lääkäri. (Laakso & Sohlman 2002, 63–64.)

Opettajat voivat olla yhteydessä terveydenhoitajiin ollessaan huolissaan oppilaistaan (Tervaskanto-Mäentausta 2008, 379). Opettajia ei kuitenkaan kouluteta diagnosoimaan oppilaiden ongelmia, eikä heillä ole suuressa luokassa tarpeeksi aikaa perehtyä yksittäisen oppilaan vaikeuksiin. Ongelmia yritetään ratkaista ensin ohjaamalla oppilas rehtorin luo tai antamalla jälki-istuntoa. Yleensä opettajat turvautuvat ulkopuolisten ammattilaisten apuun lapsen ongelmien selvittelyssä, kun oireet häiritsevät koulunkäyntiä kohtuuttomasti. (Pönkkö 2009, 136.)

Kouluterveydenhuollossa yhteistyötä toteutetaan hyvin monipuolisesti. Oppilashuollossa terveydenhoitaja, lääkäri, kuraattori, psykologi, rehtori ja opettaja yhdistävät kukin omat näkemyksensä oppilaasta täydentämään toisiaan. (Laakso & Sohlman 2002, 62; Huhtanen 2007, 197.) Oppilashuolto hajoaa käytännössä eri hallintokuntien alaisten viranomaisten toiminnaksi, joten oppilashuollon toimijoiden säännöllinen keskinäinen tietojen vaihto on tärkeää. Tärkeää on myös huolehtia hoidon jatkuvuudesta neuvolasta

kouluterveydenhuoltoon sekä kouluterveydenhuollosta mahdollisesti erikoissairaanhoidon ja sieltä takaisin. (Jakonen 2006, 159–160.)

Yhteistyö koulun muun henkilöstön kanssa on myös ensisijaisen tärkeää. Sujuvan yhteistyön kannalta erityisesti rehtorin on annettava opettajille tietoa oppilaista, joista ilmoitetaan oppilashuollolle. Heidän on lisäksi kerrottava oppilashuollon työnjaosta ja työstä. Kouluterveydenhoitajilla voi olla yhteistyötä myös koko koulun henkilökunnan kanssa. Erityisruokavaliotapauksissa ja syömishäiriöiden selvittelyssä keittiöhenkilökunnan ja kouluterveydenhuollon yhteistyö on oleellista. (Laakso & Sohlman 2002, 64–65.)

Koululaisen ongelmien taustalla ovat usein perheen ongelmat, joten kouluterveydenhuollon ja vanhempien välinen yhteistyö ja avun järjestäminen tarpeen vaatiessa myös vanhemmille on erityisen tärkeää. Kirjallisten tiedotteiden lisäksi on pyrittävä järjestämään tapaamisia vanhempien kanssa. (Kouluterveydenhuolto 2002, 22–23, 37.) Lapsen kouluvaikeudet aiheuttavat usein syyllisyyttä ja ahdistusta vanhemmille, jolloin tukeminen ja ymmärtäväinen asenne arvostelun sijaan ovat aiheellisia. Erityisesti pienten koululaisten ongelmat vaativat vanhempien osallistumista ongelmien selvittelyssä. Oppilaan ja tämän perheen tietoja saa kertoa kokouksissa muille alan työntekijöille, jos se on merkittävää oppilaan ongelmien ja edun kannalta. Lisäksi vanhempien kanssa on syytä sopia, mitä asioita voi kertoa opettajalle. Jos koululainen ymmärtää ongelmansa ja kieltää sen kertomisen vanhemmille, työntekijän on suostuttelun jälkeen noudatettava vaitiolovelvollisuuttaan. Toisinaan vanhemmat eivät pysty omien ongelmiansa vuoksi kantamaan vastuuta lapsensa ongelmista ja osallistumaan auttamiseen, jolloin myös muiden lapselle läheisten aikuisten apu on hyvä ottaa huomioon. (Laakso & Sohlman 2002, 65–66; Lämsä 2009, 31.)

Yhteistyö erikoissairaanhoidon toimijoiden kanssa on myös oleellinen osa kouluterveydenhuollon toimintaa, sillä sairastuneet koululaiset voivat tarvita erikoissairaanhoidon muun muassa lasten- ja nuorisopsykiatrian poliklinikoilla. Kustannusten ja ajan säästön vuoksi oppilaat on syytä tutkia perusteellisesti perusterveydenhuollossa porrastusohjeiden mukaan ennen erikoissairaanhoidon lähettämistä. Kouluterveydenhuollossa erityisesti oppimisongelmien selvittelyyn paneutuminen ja omiin tutkimustuloksiin luottami-

nen ovat tärkeitä ennen erikoishoitoon lähettämistä. Lähetteeseen on liitettävä tutkimustulokset ja erityistyöntekijöiden lausunnot. Jotkut keskussairaalat lähettävät hoitotiivistemän potilaan luvalla myös kouluterveydenhoitajalle, jolloin jatkohoito voi nopeutua. Lisäksi kouluterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon edustajien yhteisistä neuvotteiluista, tutkimustuloksista ja jatkohoidosta on hyviä kokemuksia. (Laakso & Sohlman 2002, 67.)

Myös muut tahot, kuten tukioppilaat ja vanhempainyhdistykset, voivat osallistua terveystilaisuuksien järjestämiseen, koulun ilmapiirin parantamiseen ja vastuun kantamiseen lasten hyvinvoinnista yhdessä kouluterveydenhuollon kanssa. Joissakin kouluissa on lisäksi oppilashuoltoryhmiä laajempia asiantuntijaryhmiä, joissa ratkaistaan koko koulua koskevia ongelmia. Erilaiset urheiluseurat, järjestöt ja seurakunnat järjestävät puolestaan iltapäivätoimintaa koululaisille. Kouluterveydenhoitajat voivat esimerkiksi ohjeistaa lapsia osallistumaan kansalaisjärjestöjen tilaisuuksiin, jolloin useampi yhteiskunnan taho on mukana lasten hyvinvoinnin hoidossa. (Laakso & Sohlman 2002, 68–69.)

Oppilashuollon hyvä toteuttaminen ja ongelmien ratkaisu vaatii moniammatillista yhteistyötä (Jakonen 2006, 159). Oppilashuollon asiantuntijat ovat kuitenkin usein suurien paineiden alla, ja aikaa on vähän. Huhtanen (2007, 198) toteaa, että paineiden alla työntekijät keskittyvät ensin työtehtäviin, joita oma organisaatio edellyttää.

Toisinaan kouluterveydenhoitajia on kritisoitu arkuudesta puuttua perheen ihmissuhdeongelmiin. Tutkimuksissa kouluterveydenhoitajat ovat vanhempien mukaan keskittyneet liikaa muihin asioihin, kuten lapsen ruokailutottumuksiin ja levon tarpeeseen, kuin koko perheen terveydenhoitoon ja lapsen kasvatukseen. Lisäksi terveydenhoitajat eivät aina kerro lapsen terveystuloksista vanhemmille, ja lasten lähiverkostoja ei käytetä tarpeeksi hyväksi kokonaisvaltaista terveyttä tutkittaessa. Moniammatillisessa työyhteisössä kouluterveydenhoitajan asiantuntijuutta voidaan myös aliarvioida. (Ivanoff ym. 2006, 28–29.)

3 ALAKOULULAISTEN HENKINEN PAHOINVOINTI

3.1 Kouluikäisen lapsen normaali psyykinen kehitys

Sosiaalinen ympäristö opettaa lapselle, millainen käytös ja toiminta on toivottua ja millainen ei (Kemppinen 2000, 139). Pienenä lapsi pitää usein vanhempiaan esikuvanaan. Riippuvuus omia vanhempia kohtaan kuitenkin alkaa kouluiässä heiketä, ja ystävyys-suhteiden, harrastusyhteisöjen ja koulun merkitys kasvaa. Lapsella on vaihteleva tarve pärjätä ja itsenäistyä, mutta toisaalta hoivan ja turvan saaminen on tärkeää. (Jo iso, vielä pieni 2010, 7.)

Lasten voidaan ajatella olevan alakoulun alkaessa vielä vaiheessa, joka on ikään kuin varhaislapsuuden jatketta. Lapsen sisäistä maailmaa kehittävät vielä tunne- ja eläytymiskokemukset. Lapsi elää vielä jonkin aikaa omassa mielikuvi- ja toivemaailmassaan. (Dunderfelt 2011, 81, 83.) Useat lapset ovat alakoulun alkaessa niin kutsutussa latenssivaiheessa, jolloin murrosiän kuohut eivät vielä vaikuta elämään (Kosunen 2002, 127). Koululaiseksi siirtyminen on suuri muutos lapsen elämässä. Ensimmäisten kouluvuosien aikana lapsen varmuus pärjätä kouluelämän ja arjen haasteista kasvaa. (Jo iso, vielä pieni 2010, 79.) Kemppisen mukaan kouluun meno ja siellä menestyminen vaativat lapsen kehitykseltä paljon. Koululainen osaa jo keskittyä, ilmaista itseään eri tavoin, osoittaa empatiakykyä, toimia ryhmässä sekä toimia ohjeiden mukaan. (2000, 141.) Latenssivaiheessa eli 7–12-vuotiaana lapsen näkemys oikeasta ja väärästä on hyvin jyrkkä, mikä kuitenkin lievittyy 10–12-vuoden iässä. Kouluikäinen lapsi osaa myös suunnitella paremmin toimintaansa ja arvioida vaihtoehtojen paremmuutta. (Jo iso, vielä pieni 2010, 35, 37.)

Sukupuoliroolikäsitysten kehittyminen on myös tärkeä vaihe ja ajoittuu latenssivaiheeseen. Latenssivaiheessa lasten käsitys sukupuolirooleista on usein sovinnainen ja stereotyyppinen. Toimivan sukupuoli-identiteetin kehittymisen edellytyksenä on, että lapsella on kasvuympäristö, jossa on edustettuina sekä mies- että naisnäkökulma. (Jo iso, vielä pieni 2010, 37–38.)

Lapsi voi olla jo ennen murrosiän alkamista kiinnostunut vastakkaisesta sukupuolesta, mutta useinkaan ei ole kyse vielä niin seksuaalisesta kiinnostuksesta kuin tyypillisesti myöhemmin murrosiässä. Murrosikää lähestyttäessä alkavat näkyä voimakkaat muutokset käyttäytymisessä. Nuoret esimerkiksi kokeilevat erilaisia sosiaalisia käyttäytymismalleja. Tällöin myös nuoret tulevat tietoisemmaksi itsestään. Myös kysymykset omasta seksuaalisuudesta tulevat ajankohtaisiksi. (Kosunen 2002, 127–128; Dunderfelt 2011, 82.)

Tytöillä murrosikä eli puberteetti alkaa noin 9–13-vuotiaana, pojilla taas hieman myöhemmin, 10–14-vuotiaana. Vaihtelu on kuitenkin suurta. Fyysisten muutosten lisäksi murrosiässä nuori kasvaa ja kypsyy myös henkisesti kohti aikuisuutta. Myös sosiaaliset taidot karttuvat. (Pajanen 2006, hakupäivä 10.09.2011.)

3.2 Alakouluikäisten henkisen pahoinvoinnin nykytila Suomessa

Enemmistö lapsista voi hyvin (Lasten ja lapsiperheiden terveys- ja hyvinvointierot 2012, 172). Erityisesti kouluiässä jännittyneisyys, levottomuus ja keskittymisvaikeudet ovat kuitenkin yleisiä (Lasten terveys 2010, 147). Suomessa esiintyy yhtä paljon henkisen pahoinvoinnin oireita kuin muissakin länsimaissa. Kyseiset oireet kuuluvat normaaliin elämään ja ovat tavallisia, mikäli ne ovat hetkellisiä ja lieviä. Henkilöillä, joilla esiintyy runsaimmin näitä oireita, voidaan myös yleensä diagnosoida mielenterveyden häiriö. (Lönnqvist 2005, hakupäivä 2.1.2013.)

Mielenterveyden kehityksen kannalta hoivan, turvan ja rakkauden lisäksi riittävän hyvät ja pysyvät ihmissuhteet ovat elintärkeitä (Almqvist 2010, 18). Myös biologiset ja rakenteelliset tekijät, perheen olosuhteet ja sosiaaliset verkostot ovat ratkaisevassa asemassa rakentamaan ehyttä mielenterveyttä. Vaikeat epäonnistumiset ja vääristymät edellä mainituissa tekijöissä voivat kuitenkin johtaa pahimmillaan erilaisiin mielenterveyden häiriöihin. (Räsänen 2002, 267.)

Käytös- ja tarkkaavuushäiriöt sekä ahdistuneisuushäiriöt ovat yleisimpiä lasten mielenterveyden häiriöitä, joiden seurauksena lapsi voi syrjäytyä yhteiskunnassa. Henkistä pahoinvointia esiintyy noin neljäsosalla lapsista. (Räsänen 2002, 267; Kumpulainen 2010, 133; Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2013, 7.) Vuodesta 2006 alkaen lastenpsy-

kiatrian avohoidon potilaiden määrä on lisääntynyt 29 prosenttia. Lastenpsykiatrisen sairaalahoidon määrä on kuitenkin vähentynyt vuoden 2008 jälkeen. Vuodeosastoilla hoidettiin 60 alle 13-vuotiasta lasta vailla diagnoosia. Avohoidossa puolestaan 5383 lapsella käynnin syynä oli oire tai terveydentilan arviointi. (Psykiatrinen erikoissairaanhoido 2013, 7.)

3.3 Mielensterveyttä uhkaavat riskitekijät

3.3.1 Lapsesta peräisin olevat riskitekijät

Mielensterveyttä uhkaavia riskitekijöitä voi löytyä itse lapsesta. Lisäksi perheestä, ympäröivästä yhteiskunnasta ja elämäntapahtumista voi löytyä mielensterveyden häiriöille altistavia tekijöitä. (Räsänen & Tamminen 2010, 374.) Lapselta voi esimerkiksi puuttua taito, joka estää väkivaltaisen käytöksen. Lapsi voi vaikka lyödä toista lasta, kun ei saa leluun takaisin. Tällainen käytös voi johtua kyvyttömyydestä käsitellä pettymyksiä. (Furman 2003, 127.)

Aivovaurioon johtava sikiöaikainen terveydellinen ongelma tai keskisuus voi altistaa käytöshäiriöille myöhemmin. Myös synnytyksen yhteydessä tapahtuva vammautuminen ja syntymän jälkeiset ongelmat hoitoineen voivat johtaa poikkeavaan käytökseen. (Ahonen & Korhonen 2002, 293; Lehto-Salo & Marttunen 2006, 104–105.)

Lapsen mielensterveyden häiriöt, kuten aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöt, voivat altistaa persoonallisuushäiriöille. Lisäksi aivovammat ja -vauriot voivat olla syy poikkeavaan persoonallisuuteen (Nordling & Toivio 2009, 87). Impulsiivisesti toimivilla biologisista tekijöistä huomionarvoisia ovat yleensä kohonnut seerumin testosteroni-, 17-estradioli- ja estronipitoisuudet. Toisaalta aivo-selkäydinnesteen serotoniinin aineenvaihduntatuotteen, 5-hydroksi-indolietikkahapon, matala pitoisuus on riski lisääntyvälle aggressiivisuudelle ja itsetuhoisuudelle. (Eronen, Henrikson & Marttunen 2011, 485.)

Käyttäytymiseen liittyviä muita ongelmia ovat tarkkaavuushäiriöt ja oppimishäiriöt (Kemppinen 2000, 42). Aivojen välittäjäaineiden toiminnan poikkeavuudella on havait-

tu yhteys tarkkaavuushäiriöiden syntymiselle. Myös aivotoiminnan aktivaatiotaso on matalampaa tarkkaavuushäiriöisillä kuin muilla ihmisillä. Lisäksi keskushermoston vauriot lisäävät riskiä. (Nordling & Toivio 2009, 161.) Tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöt sekä muut psykiatriset häiriöt, jotka aiheuttavat keskittymiskyvyttömyyttä ja huonoa motivaatiota, voivat olla syynä oppimisvaikeuksiin. Lapsella voi olla myös vääristynyt käsitys, ettei hän pysty oppimaan mitään. (Räsänen 2002, 274.)

Masennukseen vaikuttavat monet biologiset syyt. Sen taustalla voi olla elimellinen sairaus, jonka lääkitys ja kivut voivat altistaa masennukselle. (Pitkäaikainen, ruumiillinen sairaus altistaa masennukselle 2008, hakupäivä 7.7.2011.) Myös psyykkisiä syitä masennukseen voidaan löytää. Lapsen masennuksen syntyyn onkin keskeisenä syynä psyykkinen kipu ja siihen liittyvä stressi. Psyykkisen kivun voi aiheuttaa esimerkiksi menetys. (Isometsä 2011, 174.)

Tunne-elämän häiriöiden taustalta voi löytyä useita syitä (Kemppinen 2000, 15). Pelkoja ahdistusoireisiin vaikuttavat eri tekijät, kuten lapsen persoonallisuus. Perheen ilmapiiri ja traumaattiset kokemukset myös vaikuttavat kuitenkin näiden oireiden syntyyn. Stressaava tapahtumat osaltaan altistavat eroahdistukselle, mutta myös esimerkiksi perheen ilmapiirillä on oma vaikutus kyseisen häiriön kehittymiseen. (Huttunen 2012, hakupäivä 5.2.2013.) Täydellisyyteen pyrkivillä sekä arvostelua ja hylkäämistä pelkäävillä on puolestaan taipumus sairastua sosiaaliseen ahdistushäiriöön. Lisäksi uskomukset epäonnistumisen seurauksista ovat sosiaalisen ahdistushäiriön vaaratekijöitä. (Huttunen 2010, hakupäivä 6.8.2011.) Sisaruskateushäiriön taustalla voivat olla muun muassa lapsen estynyt temperamentti ja mielensisäiset ristiriidat (Aronen & Sourander 2011, 552). Foobiset reaktiot, joista yleisimmät ovat jo aiemmin mainittu koulufobia ja eläinfobia, ovat myös lapsen sisäisen problematiikan aikaan saannosta. Esimerkiksi biologiset syyt tai taipumus fobioihin voivat laukaista fobian. Fobiat voivat olla myös opittuja. (Hanell & Hellström 2003, 39.)

Aivojen rakenteelliset ja toiminnalliset poikkeavuudet ovat usein skitsofrenian taustalla. Raskauden aikainen kehityshäiriö, ravinnon puute ja hapenpuute synnytyksessä voivat aiheuttaa aivojen kudosaivurion, mikä puolestaan voi altistaa myöhemmälle skitsofrenian puhkeamiselle. (Cullberg 2005, 97, 99.) Muun muassa epämuodostumat sekä ras-

kauden aikaiset toksoplasmoosi, äidin vihurirokko, toksemia, verenpainetauti ja diabetes voivat puolestaan olla älyllisen kehitysvamman riskitekijöitä. Synnytyksen aikaiset tulehdukset, vastasyntyneiden häiriöt ja synnytyskomplikaatiot voivat lisätä kehitysvamman syntyä. Lisäksi aiheuttajina ovat lapsella olleet tulehdukset, pään vammat, aivokasvaimet ja autistisuus. (Kaski 2004, 188–189; Aronen & Sourander 2011, 556.)

Laihuushäiriön riskitekijöitä ovat ikä, sukupuoli, tunteiden hallinnan ja ilmaisun vaikeus, huono itsetunto ja alkava puberteetti. Lisäksi fyysisen tai seksuaalisen pahoinpitelyn uhriksi joutuminen voi altistaa laihuushäiriölle. (Olen juuri syönyt 2008, 34, 35.) Lihavuuteen voivat puolestaan vaikuttaa rakenteelliset ja psykososiaaliset syyt. Useisiin sairauksiin voi liittyä myös erilaisia syömishäiriöitä. (Kristeri 2003, 24, 38–39.)

Patologiset aivosähkökäyrän löydökset ja keskushermoston häiriöt ovat laaja-alaisten kehityshäiriöiden riskitekijöitä (Korpela 2004, 208). Autismissa esimerkiksi esiintyy epäspesifisiä aivosähkökäyrämuutoksia, älyllistä kehitysvammaisuutta ja viiveitä aivorunkoaudiometrian herätepotentiaalissa (Linna 2010, 292). Autistisuuden taustalla voi olla myös kouristussairauksia ja synnytyksen aikaisia hapenpuutekohtauksia. Autismiin liittyy usein raskaudenaikainen vihurirokkotartunta, herpes simplexin aiheuttama aivotulehdus, Rettin oireyhtymä, kromosomipoikkeavuus, tuberoosi skleroosi tai jokin aineenvaihduntatauti. Lisäksi autistisilla lapsilla on häiriöitä sekä sikiö- että imeväisiässä. Joillakin on puolestaan kohonneita selkäytimen serotoniinipitoisuuksia ja puutteita dopamiinisynteetissä, mistä ei kuitenkaan ole varmaa näyttöä. Osa lapsista saa ensin autismediagnoosin, joka myöhemmin vaihtuu Aspergerin syndroomaksi. (Linna 2010, 292, 295.)

3.3.2 Perheestä ja lähipiiristä peräisin olevat riskitekijät

Perheolosuhteiden, perheriitojen ja etenkin perheväkivallan on tutkittu olevan yhteydessä lapsen kehitykseen ja mielenterveyteen. Vanhempien riitaisa ja rakkaudeton suhde on yhteydessä lasten kehityksellisiin ongelmiin. (Punamäki & Solantaus, 2008, 192.) Empatiahäiriöisten lasten määrän kasvaessa myös väkivallanteot lisääntyvät (Kinnunen 2003, 24–25). Lapsen aggressiivinen käytös voi johtua hoivan puutteesta, joka aiheuttaa pahaa oloa. Jos hoiva on pitkään puutteellista, kuten avioeron ja muiden vanhempien

ongelmien vuoksi, lapset voivat kuormittua liikaa ja alkavat oireilla aggressiivisesti. (Ahonen, Lyytinen, Nurmi, Pulkkinen & Ruoppila 2006, 120–121.) Lapsi myös oppii aggressiivista ja väkivaltaista käytöstä vanhemmiltaan ja ympäristöstä. Väkivaltavihde ja vanhempien aggressiivinen käyttäytyminen kasvattavat ajatusta, että ongelmat ratkaistaan väkivallalla. Lapsi turtuu vähitellen väkivaltaan ja alkaa itse käyttäytyä samalla tavalla. (Kemppinen 2000, 10; Kinnunen 2003, 166.)

Perhe ilman rajoja, rutiineja ja säännöllisyyttä aiheuttaa turvattomuutta. Käytösongelmia lisäävät myös vanhempien epäsosiaalisuus, epäjohdonmukaisuus kasvatuksessa ja muut perheen ongelmat. (Nordling & Toivio 2009, 162; Aronen & Sourander 2011, 549.) Käytöshäiriöiden syntyyn vaikuttavat lapsen kotiolot, mutta myös yhteiskunnan tilanteella, kuten työttömyydellä ja raa'an väkivallan lisääntymisellä, on vaikutuksensa (Kemppinen 2000, 89).

Persoonallisuushäiriöiden syntyyn vaikuttavat useat eri syyt. Vanhempien käyttäytymishäiriöt ja muut lasta vahingoittavat psykososiaaliset ongelmatekijät voivat laukaista persoonallisuuden häiriintymisen. (Huttunen 2010, hakupäivä 1.8.2011.) Perheen olosuhteet, erityisesti päihdeongelmat ja vääränlainen kasvatustyyli, yhdessä ympäristötekijöiden kanssa voivat puolestaan altistaa tarkkaavaisuushäiriöille. Toisaalta jo äidin raskaudenaikainen päihteiden käyttö voi lisätä syntyvän lapsen riskiä sairastua tarkkaavaisuushäiriöön. (Aronen & Sourander 2011, 546–547.)

Muun muassa lapseen kohdistuva väkivalta ja hyväksikäyttö altistavat myös masennukselle (Soisalo 2012, 182). Rakkauden ja hoivan puute, suvun mielenterveyshäiriöt ja haitalliset elämäntapahtumat lisäävät osaltaan riskiä (Karlsson & Marttunen 2007, 9). Perheen ristiriidat, rahaongelmat ja työttömyys voivat masentaa lapsen mieltä (Broberg ym. 2005, 245).

Perheenjäsenten ruokailutottumukset ovat syömishäiriöiden riskitekijöitä. Ystävapiirissä voi esiintyä myös kiusaamista ja lapsi voi hakea emotionaalista tyydytystä liikasyönnillään. (Kristeri 2003, 38–39; Olen juuri syönyt 2008, 35.) Syömishäiriöisten lähisuvussa puolestaan on usein korkea vaatimustaso ja vuorovaikutushäiriöitä. Perhe-elämä voi myös olla hyvin rikkinäistä eri tekijöistä johtuen. (Olen juuri syönyt 2008, 38.)

Turvaton kiintymyssuhde voi altistaa eroahdistukselle. Se voi johtua vanhempien ahdistuneisuudesta, masennuksesta, ylisuojelevuudesta, haluttomuudesta sallia lapsen itsenäistymistä tai muista ongelmista. Toisaalta vanhemmat voivat laiminlyödä lapsiaan, kohdella törkeästi tai ailahtella kiintymyksen ja hylkäämisen välillä. Jotkut vanhemmat puolestaan eivät tiedä, miten antaa lisätukea pelokkaalle lapselle. (Kiintymyssuhde ja ero 2007, hakupäivä 6.8.2011.)

Valikoivan puhumattomuuden syitä ei juurikaan tunneta, sillä tutkimukset perustuvat pieniin aineistoihin. Perheessä voi olla voimakasta ujoutta, sosiaalista eristäytyneisyyttä ja varautuneisuutta mahdollisesti liittyneenä psykiatriisiin sairauksiin. Lapset itsekin voivat olla erityisen ujoja. Perhe kuuluu tavallisesti alempaan keskiluokkaan tai ylempään alaluokkaan. Perheet tulevat yleensä alueilta, joissa ympäröivää maailmaa pidetään vihamielisenä. Lapsen ja äidin suhde voi olla symbioottinen. Isä voi puolestaan olla passiivinen dominoija, ankara ja toisinaan väkivaltainen. (Räsänen 2010, 213.) Somatisaatiohäiriön syyt ovat myös toistaiseksi tuntemattomia. Häiriö esiintyy kuitenkin yleensä suvuittain. Joidenkin havaintojen mukaan somatisaatiohäiriöisten miespuolisilla sukulaisilla on yleisemmin alkoholin ongelmakäyttöä ja epäsosiaalinen persoonallisuushäiriö. Toisaalta on viitteitä siitä, että kyse olisi opitusta käyttäytymisestä. (Joukamaa 2011, 286.)

3.3.3 Elämäntapahtumien aiheuttamat riskitekijät

Lapsuuden sairaudet, vammat ja muut traumaattiset kokemukset altistavat käytöshäiriöille (Nordling & Toivio 2009, 162; Aronen & Sourander 2011, 549–550). Haitalliset elämäntapahtumat lisäävät osaltaan myös masennuksen riskiä. Esimerkiksi kiusaajalla ja kiusatulla on usein vahvoja masennusoireita. (Karlsson & Marttunen 2007, 9, 12.) Isot leikkaukset myös voivat olla raskaita kokemuksia elämässä ja altistaa masennukselle (Pitkääikainen, ruumiillinen sairaus altistaa masennukselle 2008, hakupäivä 7.7.2011). Menetykset voivat taas saada aikaan surureaktion, joka voi kehittyä riittävän tuen puutteessa masennukseksi (Kopakkala 2009, 14).

Ahdistuneisuushäiriön taustatekijöitä ovat liian tiivis perheyhteisö, puutteellinen kiintymyssuhde ja muut uhkaavat tilanteet (Aronen & Sourander 2011, 552). Stressaava

tapahtumat, jotka voivat olla traumatisoivia, osaltaan altistavat esimerkiksi eroahdistukselle. Eroahdistukseen vaikuttavat kuitenkin myös perinnöllinen alttius ja perheen ilmapiiri. (Huttunen 2012, hakupäivä 5.2.2013.) Pakko-oireisen häiriön pakkoajatusten ja pakkotoimintojen syntyä edistävät menneisyyden turvattomuuden kokemukset, joilta pyritään suojautumaan rutiininomaisilla toiminnoilla. Pienet lapset voivat esimerkiksi heijaamalla saada turvaa. Pakonomaisilla toimilla ja ajatuksilla yritetään siis estää ikävien asioiden tulo tietoisuuteen. Oireet ovat myös tapa purkaa kiellettyjä ajatuksia ja tunteita. (Norling & Toivio 2009, 100.) Dissosiaatiohäiriön taustalla ovat erityisesti lapsuuden traumaattiset kokemukset. Tällöin oireet alkavat tilanteissa, jotka muistuttavat työstämättömästä traumaattisesta tapahtumasta. (Huttunen 2010, hakupäivä 4.8.2011.)

Perheeseen liittyvät ja muun elämän traumaattiset kokemukset voivat lisätä skitsofrenian riskiä (Cullberg 2005, 97, 99). Stressaavat elämäntapahtumat voivat altistaa myös kaksisuuntaiselle mielialahäiriölle. Lisäksi sairauden periytyvyys ja unen puute lisäävät riskiä. (Puustjärvi, 2007, hakupäivä 1.8.2011; Isometsä 2011, 203–204.)

3.3.4 Yhteiskunnan aiheuttamat riskitekijät

Yhteiskunnassa muun muassa runsas muuttoliike, epäoikeudenmukaisuus ja epätasa-arvo voivat altistaa henkisellemme pahoinvoinnille. Köyhyys ja työttömyys voivat olla myös riskitekijöitä useille mielenterveysongelmille. (Räsänen & Tamminen 2010, 375.)

Maassamuutto on tällä hetkellä vilkasta. Muuttoliike aiheuttaa polarisoitumista maassamme. Tällä tarkoitetaan sitä, että hyvinvoivat ja nuoret henkilöt kerääntyvät Etelä-Suomeen ja erilaisista terveysongelmista kärsivät ja erityisesti iäkkäät henkilöt jäävät haja-asutusalueille. Runsas maassamuutto aiheuttaa sosiaalisten verkostojen heikentymistä, joka muodostaa uhkan mielenterveydelle. (Viinamäki 2003, 226–227.) Kaikkia häiriöitä esiintyy enemmän kaupungeissa kuin maaseudulla (Kuusela, Rigoff, Rimpelä, Saaristo & Wiss 2008, 97). Tirkkosen (2002, 325) mukaan kuitenkin erityisesti sosiaalinen asema yhteiskunnassa altistaa mielenterveyden häiriöille, sillä esimerkiksi käyttöhäiriöisiä lapsia ”on enemmän suurissa kaupungeissa sosiaalisesti huono-osaisten alueilla”.

Erilaiset interaktiiviset välineet voivat vieraannuttaa lapsen ihmissuhteista. Nykyään lapset saavat median ja virtuaalitodellisuuden välityksellä entistä enemmän myös väkivaltakäyttäytymisen malleja, joita he eivät osaa vielä käsitellä. Lasten ja nuorten väkivallantekojen lisääntymisen ja virtuaalitodellisuuden väkivaltaisuuden selkeää yhteyttä ei ole kuitenkaan tutkimuksissa havaittu. (Kemppinen 2000, 19.) Lisäksi tunne-elämän kehittymiselle tärkeä tunnekasvatus voi jäädä tietokoneiden ja television varjoon, sillä useat lapset viettävät laitteiden seurassa enemmän aikaa kuin vanhempiensa kanssa (Kemppinen 2000, 18).

Kulttuurissa vallitsevat laihiusihanne ja suoristuskeskeisyys voivat osaltaan laukaista vääristyneen syömiskäyttäytymisen (Olen juuri syönyt 2008, 34, 38). Olisi tärkeää, että vanhemmat osaisivat arvostaa lapsuutta tärkeänä kehitysvaiheena eikä vain valmistautumisena aikuisuuteen. Usein lapset joutuvat päästämään irti lapsuudestaan liian aikaisin. Nykykulttuuria voidaankin pitää mielenterveyden uhkana, sillä yhteiskuntamme tuntuu suosivan lyhytjänteistä toimintaa, tarpeiden tyydytystä sekä kilpailua ja koulutusta rauhottomalla ja pinnallisella tavalla. (Lönnqvist 2003, 85.) Yhteiskunnassa vallitseva kiire ja stressaantuminen ilmenee esimerkiksi unettomuutena ja masentuneisuutena. (Lönnqvist 2005, hakupäivä 2.1.2013)

Lasten ja nuorten lisääntynyt päihteidenkäyttö on todellinen huolenaihe (Lönnqvist 2005, hakupäivä 2.1.2013). Alkoholin käytön voidaan ajatella olevan yleinen terveysriski sekä myös riski mielenterveydelle (Viinamäki 2003, 226–227).

3.4 Käytöshäiriöt

Käytöshäiriöillä tarkoitetaan häiriöitä, joille on ominaista toistuva ja alituinen hyökkäävä, uhmakas ja epäsosiaalinen käytös. Täyttääkseen häiriön kriteerit poikkeavan käyttäytymisen tulee kestää yli kuusi kuukautta. Käytös myös uhmaa selvästi iänmukaisia sosiaalisia odotuksia, eikä sitä pidä sekoittaa ajoittaiseen lapsuuden vallattomuuteen tai murrosikäisen nuoren kapinointiin. (Moilanen 2010, 265.) Käytöshäiriöitä on neljä eri tyyppiä. (Tirkkonen 2002, 324.)

Epäsosiaalisesta käytöshäiriöstä kärsivä lapsi käyttäytyy epäsosiaalisesti ja aggressiivisesti muita lapsia kohtaan. Lapsi voi eristäytyä muista ja usein häneltä puuttuvat läheiset ystävät sekä empaattiset vuorovaikutussuhteet suhteessa ikätovereihin. Aikuisia kohtaan lapsi voi olla vihamielinen, mutta hyvät suhteet aikuisiin ovat myös mahdollisia. Epäsosiaalisen käytöshäiriön voi tunnistaa siitä, että lapsi käyttäytyy aggressiivisesti ja hyökkäävästi, on väkivaltainen ja joutuu usein tappeluihin. Myös tottelemattomuus ja kontrolloimaton raivo sekä julmuus muita lapsia tai eläimiä kohtaan voivat olla oireena. (Moilanen 2010, 266, 268.) Toisaalta aggressiivinen käyttäytyminen voi olla oire myös jostakin psykiatrisesta tai neurologisesta ongelmasta. Lapsi voi kärsiä esimerkiksi masennuksesta tai ADHD:sta ja osoittaa epäsosiaalisen käytöshäiriön merkkejä. (Kaye, Meyer & Thomas 2002, 150.)

Sosiaalinen käytöshäiriö puolestaan esiintyy useimmin lapsilla, jotka ovat kohtalaisesti integroituneet ikäistensä ryhmään. Ryhmä voi olla sosiaalisesti hyväksytty tai toisaalta esimerkiksi nuorisojengi. Yleensä suhteet aikuisiin ovat huonot, mutta eivät kuitenkaan kaikissa tapauksissa. Käytöshäiriö ilmenee suhteessa oman ryhmän ulkopuolisiin ihmisiin. (Moilanen 2010, 268.)

Uhmakkuushäiriö on yleisin alle 10-vuotiailla lapsilla. Lapsen käytös on tällöin huomattavan poikkeavaa, hän on tottelematon ja käyttäytyy provokatiivisesti, mutta käytökseen ei kuitenkaan kuulu vakavia epäsosiaalisia tai aggressiivisiä toimintoja lakeja tai toisia ihmisiä kohtaan. Yleensä tällainen käytöshäiriö ilmenee suhteessa tuttuihin aikuisiin ja ikätovereihin. Ventovieraiden aikuisten, kuten psykologin, seurassa lapsi voi käyttäytyä hyvinkin normaalisti ja rauhallisesti. (Moilanen 2010, 268.)

Perheeseen rajoittuva käytöshäiriö ilmenee vain kotona tai suhteessa lapsen perheen jäseniin. Lapsen käytös on aggressiivista ja lapsi voi olla väkivaltainen perheenjäseniä kohtaan, varastella tai rikkoa tavaroita. Myös tulen sytyttely on mahdollista. Kuitenkin käytös kodin ulkopuolella on melko normaalia. (Tirkkonen 2002, 325.)

3.5 Tarkkaavuushäiriöt

Kaikilla ihmisillä on joskus vaikeuksia tarkkaavuudessa ja keskittymisessä. Kuitenkin terveellä ihmisellä palaaminen käsillä olevaan tehtävään yleensä onnistuu. Häiriöt tark-

kaavuudessa ja yliaktiivisuudessa kulkevat usein yhdessä, ja tätä häiriötä kutsutaan nimellä ADHD (Attention Deficit and Hyperactivity Disorder). ADHD voidaan jakaa kolmeen alaryhmään: pelkkä ylivilkkaus, pelkkä tarkkaavuushäiriö sekä ylivilkkauden ja tarkkaavuushäiriön yhdistelmä. (Broberg, Almqvist & Tjus 2005, 270.)

Oireita tarkkaavuushäiriössä on erilaisia. Lapsi tekee huolimattomuusvirheitä ja jättää huomioimatta yksityiskohtia. Hänellä voi olla vaikeuksia keskittyä tehtäviin ja leikkeihin, eikä hän useinkaan näytä kuuntelevan suoraan puhuteltaessa. Lapsi myös voi unohdella asioita, jättää seuraamatta ohjeita sekä häiriintyä herkästi ulkopuolisista ärsykkeistä. Yliaktiivisuusoireita voivat puolestaan olla hermostunut käsien ja jalkojen liikuttelu. Lapsi voi poistua paikalta esimerkiksi koululuokasta tai muualta, jossa läsnäolo on paikollista. Yliaktiivinen lapsi myös puhuu ylettömästi ja on jatkuvasti liikekannalla. (Broberg ym. 2005, 270–272.)

3.6 Ahdistuneisuushäiriöt

Lapsilla voi esiintyä useita erilaisia ahdistustiloja. Erilaista ahdistuneisuutta kehittyy joillekin lapsille lapsuuden myöhäisvaiheessa. Näille lapsille on ominaista voimakas yleinen ahdistuneisuus. He myös pelkäävät ylettömästi epäonnistumista, mutta samalla odottavat sitä itseltään. Lapset, jotka täyttävät yleistyneen ahdistuksen kriteerit, kärsivät usein myös jostakin muusta ahdistuneisuushäiriöstä. (Broberg ym. 2005, 186.)

Paniikkihäiriön voidaan laskea myös kuuluvan ahdistuneisuushäiriöihin. Paniikkihäiriössä esiintyy yllättäviä voimakkaitakin ahdistuskohtauksia. Kohtaus aiheuttaa usein lisäksi voimakkaita somaattisia oireita, kuten erilaisia sydänoireita ja hengitysvaikeuksia. Ahdistukseen liittyy usein tunne ja pelko kuolemista. (Linna 2002, 323.) Häiriötä kärsivä tyypillisesti välttelee paikkoja ja tilanteita, joissa kohtauksen olisi todennäköistä tulla, esimerkiksi julkisia kulkuvälineitä ja sosiaalisia tilanteita. Kiistanalaista kuitenkin on, esiintyykö paniikkihäiriötä vielä ennen teini-ikää. (Broberg ym. 2005, 186.)

Eroahdistushäiriö ilmenee tilanteissa, joissa lapsi joutuu eroon vanhemmastaan. Tällainen arkinen tilanne aiheuttaa lapselle voimakkaan ahdistuksen. Joissakin määrin tiettyinä ikäkausina eroahdistus on normaaliin kehitykseen kuuluvaa. Epänormaali, kehitysta-

soa vastaamaton eroahdistus voi ilmetä muun muassa uusiutuvana ja liiallisena ahdistuksena erotilanteessa tai kun sellainen on odotettavissa. Eroahdistuksesta kärsivä lapsi siis pelkää menettävänsä kiintymyksensä kohteen tai tälle sattuvan jotakin pahaa. Koulun tai muualle meno on vaikeaa, sillä eroon joutuminen pelottaa. Myös nukkumaan meno ilman että kiintymyksen kohde, esimerkiksi äiti, on vieressä, on vaikeaa ja eroon joutumista koskevat painajaisunet tavallisia. (Broberg ym. 2005, 151–152.) Voimakas eroahdistus vaikeuttaa myös koulunkäyntiä ja sen ajatellaan olevan useissa tapauksissa koulupelon syy lapsilla (Linna 2002, 323).

Fobioilla tarkoitetaan määräkohtaisia pelkoja. Lapsi kokee ahdistusta kohdatessaan tiettyjä esineitä, olioita tai tilanteita, esimerkiksi injektioneuloja, hämähäkkejä tai lääkäriin menoa. (Hanell & Hellström 2003, 97.) Ahdistus ja kauhu ovat yleensä sidoksissa tiettyyn ärsykkeeseen, ja ahdistus kasvaa, kun ärsyke kohdataan, mutta laantuu, kun ärsykettä ei ole havaittavissa. Fobioiden yleisin alkamisajankohta on juuri alakouluiässä. (Hanell & Hellström 2003, 97.) Määräkohtaisesta pelosta kärsivä vanhempi henkilö ymmärtää usein, että pelko on liiallista ja epärealistista. Lasten kohdalla tämä ei välttämättä pidä aina paikkaansa. Lapsi pyrkii välttelemään pelkonsa kohdetta, mutta jatkuva välttely ja epäily aiheuttavat myös ahdistusta ja kärsimystä. (Broberg ym. 2005, 182–183.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUS- TEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata kouluterveydenhoitajien kokemuksia 7–12-vuotiaiden lasten mielenterveydestä ja sen riskeistä, mahdollisista ongelmista sekä häiriöistä. Tarkoituksena on myös kuvata, miten terveydenhoitajat ennaltaehkäisevät ja tunnistavat 7–12-vuotiaan lapsen henkistä pahoinvointia ja miten he toimivat tunnistamisen jälkeen. Tuloksia voidaan käyttää kouluterveydenhuoltotyön kehittämiseen henkisen pahoinvoinnin ennaltaehkäisyssä, tunnistamisessa ja jatkotoimenpiteissä. Terveydenhoitajat voivat käyttää myös tutkimuksen tietoja käytännön mielenterveystyössään. Lisäksi tutkimuksesta voi olla hyötyä kaikille muille ammattilaisille, jotka työskentelevät alakouluikäisten lasten parissa.

Opinnäytetyömme tutkimustehtävät ovat seuraavia: Millaisia kokemuksia kouluterveydenhoitajalla on 7–12-vuotiaiden mielenterveydestä ja mielenterveyden vaikeuksista? Miten kouluterveydenhoitaja voi ennalta ehkäistä mielenterveyshäiriöiden kehittymistä? Miten kouluterveydenhoitaja voi tunnistaa 7–12-vuotiaiden lasten mielenterveyteen liittyviä vaikeuksia? Millaisia kokemuksia kouluterveydenhoitajalla on omista mahdollisuuksistaan auttaa 7–12-vuotiaita koululaisia mielenterveyteen liittyvissä vaikeuksissa?

5 TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN

5.1 Laadullinen tutkimus

Tutkimusmenetelmä opinnäytetyössämme on kvalitatiivinen. Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus on hyödyllinen, kun aihe on tuntematon, tutkimuksen tavoitteena on vähän tunnettujen ilmiöiden kuvaileminen tai kun tutkija epäilee olemassa olevaa tietoa virheelliseksi. Hoitotyössä kyseessä saattaa olla esimerkiksi sairaanhoitajan näkökulma. (Field & Morse 2000, 23.) Kvalitatiivinen tutkimus pyrkii kuvaamaan todellista elämää, ja kohdetta tutkitaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Kvalitatiivisen tutkimuksen ajatuksena on pikemminkin löytää tosiasioita. Laadullisessa tutkimuksessa muun muassa aineiston runsaus voi lisätä haastavuutta analyysivaiheeseen, joka voi kestää jopa kuukausia. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161, 164, 225; Alasuutari 2011, 84.) Laadullinen tutkimus sopii tutkimukseemme, sillä halusimme saada tietoa kouluterveydenhoitajan kokemuksista. Lisäksi tutkimuksemme aiheita on tutkittu vähän kouluterveydenhoitajien näkökulmasta.

Tiedonkeruu tapahtuu todellisissa tilanteissa, ja tutkija luottaa keskusteluihin tutkittavien kanssa ja omiin havaintoihinsa. Lomakkeet ja testit voivat tarvittaessa täydentää tietoja. Haastateltavat valitaan yleensä tarkoituksenmukaisesti. Eri tapaukset ovat ainutlaatuisia, näin ollen aineiston tulkinta on sen mukaista. (Hirsjärvi ym. 2009, 164.)

5.2 Tutkimukseen osallistujien valinta

Opinnäytetyössämme on tarkoitus kuvata kouluterveydenhoitajien kokemuksia, joten haastattelimme luonnollisesti kouluterveydenhoitajia. Kun olimme suorittaneet lupakäytännöt, saimme Oulun kaupungin edustajalta luettelon Oulun seudun kouluterveydenhoitajista. Varsinainen yhteydenotto kouluterveydenhoitajiin tapahtui lopulta sähköpostitse saatekirjeen (liite 1) muodossa. Saatekirjeessä kerroimme tutkimuksemme tarkoituksesta, tavoitteista ja luottamuksellisuudesta. Lopulta viisi kouluterveydenhoitajaa suostui haastatteluun. Noin puolet kouluterveydenhoitajista oli ollut työssään jo useita vuosia.

Kvalitatiivisen aineiston keruussa tutkija voi kerätä aineistoa päättämättä etukäteen tutkittavien tapausten määrää. Haastatteluja voi jatkaa siihen asti, kun ne eivät enää tuota tutkimustehtävien kannalta uutta tietoa. Aineiston riittävyys ilmenee lopulta samojen asioiden toistumisena eri haastatteluissa. (Hirsjärvi ym. 2009, 182.) Pidimme tätä siis eräänlaisena ohjenuorana, kun pohdimme haastateltavien määrää. Jouduimme tietysti ottamaan huomioon myös ajalliset resurssimme. Tutkimuksesta olisi tullut myös opinäytetyöksi tarpeettoman laaja, jos haastateltavia olisi ollut enemmän.

5.3 Teemahaastattelu aineistonkeruumenetelmänä

Haastattelu on hyvä keino hankkia tietoa, kun kyseessä on vähän tutkittu alue, ja halutaan selventää vastauksia. Tähän aineistonkeruumenetelmään liittyy kuitenkin myös haasteita. Haastattelun teko ja suunnittelu vie aikaa. Lisäksi haastateltavat voivat kokea olonsa uhatuiksi. (Hirsjärvi ym. 2009, 205–206.) Valitsimme haastattelun aineistonkeruumenetelmäksi, jotta kouluterveydenhoitajilla olisi mahdollisuus puhua vapaammin ja perusteellisemmin kokemuksistaan. Vaikka olimme haastattelijoina kokemattomia, haastattelut sujuivat hyvin, ja saimme perusteellisia vastauksia.

Teemahaastatteluissa korostuu ihmisten näkemykset asioista ja heidän asioille antamat merkitykset. Teemahaastattelusta puuttuu myös kysymysten tarkka järjestys ja muoto, mutta teemat ohjaavat keskustelua täydellisen vapauden sijaan. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 48.) Päädyimme valitsemaan haastattelun tyypeistä teemahaastattelun, sillä tutkimustehtävämmeakin jakautuivat eräänlaisiin teemoihin. Teemahaastattelu on myös sopivasti keskustelua ohjaileva.

Tarkoituksena oli kerätä laadullista, kokemuksiin perustuvaa tietoa. Haastattelun teemat määräytyivät tutkimustehtävien mukaan (Liite 4). Kysyimme tarkentavia kysymyksiä teemoista, jolloin saimme haastateltavan puhumaan juuri tutkimuksen kannalta oleellisista aiheista. Tarkemmat kysymykset muodostuivat aiheista, jotka nousivat esille aiemmissa tutkimuksissa ja teoksissa ja jotka koimme tarpeelliseksi selvittää. Avoimilla kysymyksillä saimme kuitenkin laajempia vastauksia.

Ensimmäinen tutkimuksemme teema oli se, millaisia kokemuksia kouluterveydenhoitajilla on 7–12-vuotiaiden mielenterveydestä ja mielenterveyden ongelmista. Tavoitteena oli saada tietoa henkisestä hyvinvoinnista ja pahoinvoinnista sekä niiden taustoista. Toinen teema on se, miten kouluterveydenhoitaja voi ennalta ehkäistä mielenterveyshäiriöiden kehittymistä. Tässä teemassa keskityimme ennaltaehkäisyn keinoihin, ajan riittävyyteen, vanhempien tapaamisiin, laaja-alaisten tarkastusten henkilöihin, terveystarkastusten määrään alakoulussa ja lääkärin tarkastusten korvaamiseen. Kolmas teema oli se, miten kouluterveydenhoitaja voi tunnistaa 7–12-vuotiaiden lasten mielenterveyteen liittyviä ongelmia. Tässä teemassa puolestaan korostuvat tunnistamisen keinot, ajan riittävyys, tunnistamisen vaikeudet ja peruskoulutuksen tuki mielenterveystyössä. Neljäs teema oli se, millaisia kokemuksia kouluterveydenhoitajalla on omista mahdollisuuksista auttaa 7–12-vuotiaita koululaisia mielenterveyteen liittyvissä vaikeuksissa. Tavoitteena oli saada tietoa erikoissairaanhoidon lähettämisestä, yhteistyöstä erikoissairaanhoidon ja vanhempien kanssa tunnistamisen jälkeen ja kouluterveydenhoitajan mielenterveystyön arvostuksesta.

Valitsimme yksilöhaastattelun ryhmähaastattelun sijaan, sillä yksilöhaastattelussa on aikaa keskittyä yhteen haastateltavaan huolellisemmin. Lisäksi ajattelimme, että näin vastaukset ovat kouluterveydenhoitajien omia mielipiteitä, ja mahdollisuudet toistella muiden haastateltavien vastauksia pienenee. Kouluterveydenhoitajat tekevät jo ammatissaan itsenäistä ja sosiaalista työtä, joten heillä on myös kykyä selviytyä yksin eri tilanteissa. Lisäksi haastattelun teemat eivät kohdistuneet suoranaisesti kouluterveydenhoitajien identiteettiin, vaan heidän ammattiinsa ja 7–12-vuotiaisiin koululaisiin, joten aiheesta puhuminen erillään muista haastateltavista ei aiheuttanut ahdistusta.

Teemahaastattelun kesto on yleensä tunnista kahteen tuntiin riippuen haastateltavien puheliaisuudesta. Tämä huomioon ottaen olisi hyvä tehdä joitakin haastattelujen esitetauksia ennen varsinaisia haastatteluita. (Hirsjärvi ym. 2009, 211.) Ensimmäinen haastattelu oli samalla myös esihaastattelu, jonka kautta pystyimme kehittämään haastattelijan taitojamme seuraavia haastatteluja varten. Esihaastattelun jälkeen meillä olisi ollut mahdollisuus muokata haastatteluamme sopivampaan muotoon. Emme kuitenkaan kokeneet sitä tarpeelliseksi, sillä haastattelu kesti noin tunnin, ja saimme perusteelliset vastaukset kysymyksiimme. Seuraavat haastattelut kestivät myös noin tunnin ajan.

Haastattelupaikan pitäisi olla haastateltavalle riittävän turvallinen ja rauhallinen, jotta hyvän kontaktin luominen onnistuu (Hirsjärvi & Hurme 2008, 74). Haastattelut tapautuivat terveydenhoitajien työhuoneissa koulun tiloissa, minkä ajattelimme vähentävän aikaa, vaivaa ja uuden paikan jännitystä. Haastateltavat saivat olla tutussa ympäristössä, eivätkä he joutuneet matkustamaan erikseen haastatteluun. Huoneet, joissa haastattelut tehtiin, olivat rauhallisia. Häiriötekijöitä ei ollut.

Hyviä ajankohtia haastatteluun ovat huhti–toukokuu ja syys–lokakuu, sillä lomat, pyhät ja erilaiset juhlat voivat olla muina aikoina haastattelun esteenä. Lisäksi arkipäivät sopivat viikonloppuja paremmin haastatteluun. Haastatteluille sopivin kellonaika on puolestaan kello 8 ja 20 välillä. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 73.) Suoritimme haastattelut aikataulumme mukaan vuoden 2012 huhtikuun lopussa ja toukokuussa, mutta kellonajan ja päivän haastateltavat saivat itse melko vapaasti päättää.

Haastatteluamme liittyi joitakin esivalmisteluja. Lähetimme viikkoa ennen haastatteluja haastattelun rungon terveydenhoitajille, mikä mahdollisti teemoihin tutustumisen jo etukäteen. Uskommekin tämän osaltaan vähentäneen jännitystä. Terveystenhoitajilla oli myös aikaa miettiä vastauksia pidempään, mikä osaltaan lisää tutkimuksen luotettavuutta. Lisäksi keskustelimme vapaamuotoisesti ennen haastattelun nauhoitusta, mikä kevensi tunnelmaa ja vähensi haastateltavien mahdollista jännitystä.

5.4 Aineiston analysointi

Haastatteluiden jälkeen tallennetut versiot litteroidaan eli puhtaaksi kirjoitetaan. Litteraatio on kuitenkin tutkijan havaintojen tuotos ja täten aina epätäydellinen (Nikander 2010, 433). Tarkoituksenamme oli noudattaa puhtaaksi kirjoittamisessa samoja käytänteitä koko tallenteen ajan. Kuuntelimme aineiston ensin useaan kertaan, ja vasta sen jälkeen aloitimme litteroinnin. Litteroimme haastattelut pääosin sanasta sanaan, mutta jätimme pois turhia toistoja ja muita tutkimuksen kannalta epäolennaisia ilmaisuja. Käytimme Microsoft Word-ohjelmaa, fonttikokoa 12 ja riviväliä 1,5. Litteroitua tekstiä syntyi lopulta 36 sivua, jotka tallennettiin useaan paikkaan ja hävitettiin tutkimuksen valmistumisen jälkeen.

Ennen analyysia on lisäksi määritettävä analyysiyksikkö, joka voi olla sana, lause, lauseen osa tai ajatuskokonaisuus tai sanayhdistelmä. Analyysiyksikkö määräytyy erityisesti tutkimustehtävän ja aineiston laadun pohjalta. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 25.) Tutkimuksemme analyysiyksikkö muodostui tutkimustehtävien pohjalta. Analyysiyksikkö oli kokemus alakoululaisten henkisestä voinnista.

Sisällönanalyysillä analysoidaan kirjoitettua ja suullista viestintää sekä asioiden merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 21; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 134). Sisällönanalyysissä tiivistetään hankittu tieto, joka antaa vastauksen tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimustehtäviin (Juvakka & Kylmä 2007, 113). Sisällönanalyysi voi olla aineistolähtöinen, teorialähtöinen tai teoriaohjaava. Teoriaohjaavan sisällönanalyysin vaiheet ovat redusointi, klusterointi ja abstrahointi. Teoriaohjaava analyysi etenee siis kuten aineistolähtöinen analyysi, mutta toisin kuin aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä teoriaohjaavassa analyysissä teoreettiset käsitteet luodaan lopuksi aiempien tutkimusten, teorioiden tai teemojen käsitteiden pohjalta. (Sarajärvi & Tuomi 2012, 108, 113, 117.) Sisällönanalyysin menetelmistä ei ole kuitenkaan annettu yksiselitteisiä ohjeita, vaan tutkija on velvollinen ajattelemaan itse (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 135). Analysoimme haastattelumateriaalin laadullisella, teoriaohjaavalla sisällönanalyysillä, koska arvioimme saavamme näin parhaiten ja selkeimmin vastaukset tutkimustehtäviin (Liite 3).

Aineiston redusoinnissa eli pelkistämisen analysoitava tieto voi olla muun muassa litteroitu haastattelu. Analysoitavasta tiedosta karsitaan epäolennaiset kohdat tiivistämällä tai pilkkomalla se osiin, jolloin aineisto pelkistetään tutkimustehtävän mukaan litteroimalla tai koodaamalla. (Beck & Polit 2004, 573; Juvakka & Kylmä 2007, 117.) Aukikirjoitetusta aineistosta etsitään siis vastauksia tutkimustehtäviin, jotka voidaan vaikka alleviivata eri väreillä. Alleviivaukset voidaan sitten merkitä haastatteluaineiston reunaan ja listata peräkkäin eri konseptille. (Beck & Polit 2004, 572; Sarajärvi & Tuomi 2012, 109.) Teemoittelu on aineiston analyysitapa, jossa aineistosta poimitaan tutkimustehtävän kannalta tärkeät aiheet (Hirsjärvi & Hurme 2008, 173). Analysoinnissa käytimme menetelmänä myös teemoittelua, sillä aineistonkeruumenetelmänä oli teemahaastattelu. Teemoittelu oli siis perusta kategorioiden luomiselle. Ennen redusointia luimme aukikirjoitetut haastattelut useaan otteeseen, jolloin meille hahmottuivat haastattelujen

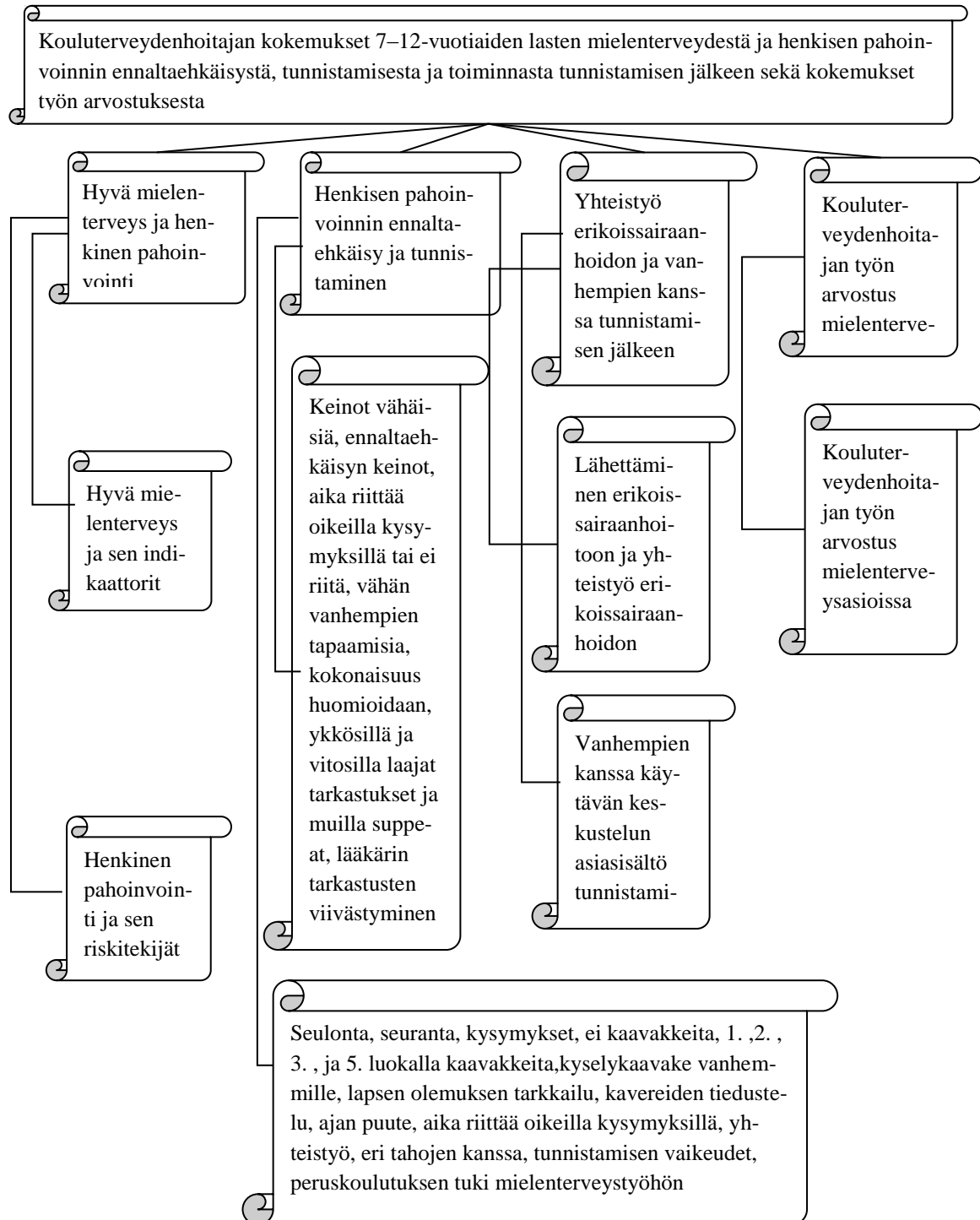
teemojen eli tutkimustehtävien kannalta tärkeimmät kohdat. Sitten tärkeimmät tekstikohdat lihavoitiin Word-ohjelmassa, ja samaan teemaan liittyvät lihavoidut vastaukset yhdistettiin. Tämän jälkeen samaa asiaa tarkoittavat lausahdukset väritettiin samalla värillä teemojen sisällä, ja niistä muodostui alkuperäisilmaisuja. Samaa väriä oleville alkuperäisilmaisuille keksimme niiden sisältöä kuvaavan pelkistetyn ilmaisun.

Klusteroinnissa eli ryhmittelyssä alkuperäisilmaukset luetaan huolella, ja aineistosta etsitään samanlaisuuksia tai eroavaisuuksia. Sen jälkeen samaa asiaa tarkoittavat ilmaukset ryhmitellään ja yhdistetään luokaksi. Luokittelussa yksittäiset tekijät sisällytetään yleisempiin käsitteisiin. (Beck & Polit 2004, 573; Juvakka & Kylmä 2007, 118.) Klusteroinnissa kokosimme samaa aihetta käsittelevät pelkistetyt ilmaukset ryhmiksi ja keksimme ryhmille niiden sisältöä kuvaavat alaluokat.

Abstrahoinnissa luokituksia yhdistellään niin kauan kuin se on mahdollista, ja näin syntyy yläluokkien avulla kuvaus tutkimuskohteesta. Tutkimuksesta valikoidun olennaisen tiedon pohjalta muodostetaan teoreettisia käsitteitä ja johtopäätöksiä, joita verrataan alkuperäiseen aineistoon uutta teoriaa muodostettaessa. Lopulta empiirinen aineisto yhdistetään jo ilmestyä tiedettyihin teoreettisiin käsitteisiin. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 29; Sarajärvi & Tuomi 2012, 112–113, 117.) Abstrahoinnissa yhdistimme klusteroinnissa syntyneet samaa aihetta koskevat alaluokat yhdeksi ryhmäksi ja keksimme edelleen näille ryhmille niiden sisältöjä kuvaavat yläluokat. Sen jälkeen samaa aihetta käsittelevät yläluokat muodostivat omat ryhmänsä, joiden sisältöä kuvaamaan syntyi neljä pääluokkaa. Viimeisessä abstrahoinnin vaiheessa ryhmittelimme ensimmäisen abstrahointivaiheen samaa aihetta käsittelevät yläluokat uusiksi alaluokiksi. Näitä alaluokkia kuvaamaan syntyi puolestaan neljä yläluokkaa, joista muodostui lopulta luokkien sisältöä kuvaava yhdistävä luokka. Abstrahointivaiheessa käytimme alaluokissa, yläluokissa, pääluokissa ja yhdistävässä luokassa tutkimusaiheestamme jo ennestään tunnettuja viitekehysten käsitteitä.

6 TUTKIMUSTULOKSET

Analysoinnin tuloksena muodostui seitsemän alaluokkaa ja neljä yläluokkaa. Näitä luokkia kuvaaman muodostimme yhdistävän luokan (ks. kuvio 1).



KUVIO 1. Tutkimustulosten alaluokat, yläluokat ja yhdistävä luokka

6.1 Hyvä mielenterveys ja henkinen pahoinvointi

Hyvän mielenterveyden kannalta on tärkeää, että elämän eri osatekijät ovat kunnossa. Tutkimuksen tuloksista kävi ilmi, että suurin osa 7–12-vuotiaista lapsista voi hyvin, mikä näkyi muun muassa tapaamisissa ja koulumenestyksessä. Eheän mielenterveyden edellytyksistä hyvät perheolosuhteet nousivat merkittävimmäksi onnellisuustekijäksi. Merkittävyydellä tarkoitamme sitä, että nämä edellytykset esiintyvät haastatteluissa taajimmin. Usein esiintyvä tekijä aineistossamme oli myös kavereiden osuus henkisessä hyvinvoinnissa. Koulussa käynti ja koulutie voivat olla lapselle turvaa tuovia asioita, jos ongelmia esiintyy koulun sijasta kotona. Koulumenestys voi esimerkiksi antaa tunteen elämän hallinnasta, ja näin edistää onnellisuutta.

”...mielenterveys on suhteellisen hyvää arvioituna, miten lapsia tapaa ja minkälaista tämä oppilasaines on täällä...”

”...yleensä onnellisella lapsella myös perheolosuhteet ovat hyvät...”

”...koulu menee suhteellisen hyvin, on kavereita...”

”...toisella se koulu ja koulutie on yksi niitä turvatekijöistä...”

Kouluterveydenhoitajat kuitenkin kertoivat, että henkistä pahoinvointiakin esiintyy, mikä näkyy lähinnä mielenkiinnon menetyksenä, väsymyksenä ja apeutena. Toisaalta esiintyy myös levottomuutta ja vetäytymistä. Erityisesti 12-vuotiailla on myös havaittavissa puberteettikuohuja ja niiden tuomaa ailahtelevuutta. Koululainen voi olla luonteeltaan myös masennukseen taipuvainen, jolloin vastoinkäymiset vaikuttavat häneen muita lapsia voimakkaammin. Lapsilla, joilla on ollut henkisiä ongelmia, on ollut myös painoon liittyviä terveysongelmia.

”...Kiinnosta mikään eikä jaksakaan mitään..apean oloinen...”

”...levottomuutena ja vetäytymisenä...”

”...ikäluokassa 12 hyvinkin puberteettikuohut...masentuva...”

”...Painon kanssa ongelmia...heijastaa sitä, että mielikään ei voi hyvin...”

Henkisen pahoinvoinnin taustalta löytyi useita eri tekijöitä. Erityisen suurena tekijänä haastatteluissa nousi perheen vaikeudet, joista vanhempien erot ja ongelmalliset suhteet olivat yleisimpiä. Lisäksi perheen mielenterveysongelmat ja vanhemmuuden ongelmat terveydenhoitajat kokivat erityisen ongelmallisiksi lapsen henkisen kehityksen kannalta. Perheen sisältä löytyi myös muita pienempiä taustatekijöitä. Esimerkiksi totuttautuminen uusioperheen elämään voi olla pienelle koululaisella haastavaa. Joissakin perheissä työurat ja kodin rakentaminen menevät lasten edelle. Perheissä esiintyy myös väkivaltaa, vanhempien oman elämän kaipuuta ja päihteiden käyttöä. Lisäksi Suomi on suorituskeskeinen yhteiskunta, joka näkyy kiireisenä elämäntapana perheissä.

”...Paljoin on vanhempien eroja...”

”...vanhempien välisissä suhteissa on ongelmia...”

”...kotona esimerkiksi mielenterveysongelmia, vanhemmuuden ongelmia...”

”...työurat, kodinrakentamista...”

”...uusioperheitä... aikuiset hakee myöskin omaa elämää.. perheväkivaltaa ..perheillä on päihteiden käyttöä...”

”...suorituskeskeinen yhteiskunta..jokainen elää siellä perheessä omaa kiirettä...”

Taustatekijöitä löytyi myös perheen ulkopuolelta, jossa suurimpia ehjän mielenterveyden uhkia olivat kaverisuhteiden ongelmat ja koulukiusaaminen. Näiden lisäksi synnynäinen henkinen sairaus, kuten ADHD, on riskitekijä kehitykselle. Haastateltavat totesivat myös oppimisvaikeuksien kuormittavan mielenterveyttä. Sosiaalisista vaikutteista erityisesti media voi vaurioittaa lapsen mieltä, jos paikalla ei ole aikuista suojelemassa.

”...kaverisuhteissa on ongelmaa... koulukiusaamista...”

”...lapsella on psyykkinen sairaus...”

”...Oppimisvaikeutta toki on... sosiaalisten, median... vaikutteiden alla...”

6.2 Henkisen pahoinvoinnin ennaltaehkäisy ja tunnistaminen

Noin puolet terveydenhoitajista piti ennaltaehkäisyn keinoja vähäisinä. Kuunteleminen ja henkisestä voinnista keskusteleminen osoittautuivat pääasiallisiksi keinoiksi, joilla pyritään vahvistamaan koululaisen henkistä hyvinvointia. Lisäksi puberteetin alkaessa tuetaan nuorta ymmärtämään mielialavaihteluita. Murrosiässä voikin olla helpompaa

puhua intiimeistä ongelmista terveydenhoitajille kuin omalle perheelle tai kavereille. Eräs ennaltaehkäisy keino on puuttua riskitekijöihin. Jos huomataan esimerkiksi vääränlaisen vanhemmuuden muodostavan riskin lapsen normaalille kehitykselle, vanhempien kanssa keskustelu ja ohjaaminen tuen piiriin ovat tärkeitä. Tämän jälkeen koululaisen on helpompaa rakentaa tervettä suhdetta vanhempiin.

”...vähäisiä ne ovat ne keinot...”

”...kuuntelen ja olen täällä paikalla...”

”...jutellaan asioista...tuetaan ymmärtämään mielialanvaihteluita...”

”...puutun siis riskitekijöihin...”

”...vanhempien kanssa jutteleminen ja ohjaaminen eteenpäin...”

Ennaltaehkäisyyn varatun ajan riittämättömyys koettiin haastattelussa ongelmaksi. Terveydenhoitajista suurin osa koki, että 15 minuutissa ei ehdi käydä kaikkia tarvittavia asioita läpi, ja osa ongelmista saattaa jäädä huomioimatta kiireellisen aikataulun vuoksi. Haastavaksi koettiin myös kiireettömän vaikutelman antaminen terveystarkastuksissa, koska aika on rajallinen. Osa kuitenkin ajatteli, että aikaa on riittävästi, jos osaa kysyä oikeita kysymyksiä.

”...15 minuutissa saattaa paljon mennä ohikin molemmin puolinkin...”

”...kohtuu hyvin aikaa...”

Ennaltaehkäisevään toimintaan kuuluu olennaisena osana myös vanhempien tapaaminen. Suurin osa haastateltavista kertoi, että vanhempien kanssa on vähän tapaamisia. Tähän pääsyynä oli tarkastusten sijoittuminen koulupäivien ajalle, jolloin useimmat vanhemmat ovat töissä. Toisena tärkeänä syynä oli koululaisten haluttomuus ottaa vanhempia mukaan tarkastuksiin. Terveystapaamisista kyllä ilmoitetaan vanhemmille Wilman kautta, minkä jälkeen vanhemmilla on mahdollisuus kertoa mieltä painavista asioista ja varata aikaa tapaamiseen. Tarkastuksista kuitenkin kerrotaan vanhemmille terveydenhoitajien mukaan melko myöhään. Pieni osa haastateltavista kertoi, että vanhemmat ovat kuitenkin yleensä laaja-alaisissa tarkastuksissa mukana. Tällöin tapaaminen oli järjestetty useimmiten lääkärin kanssa.

- ”...aika vähän on vanhempien kanssa tapaamisia...”
- ”...tarkastukset ovat koulupäivien aikana, eivät he edes pääse useinkaan mukaan...”
- ”...jos lapsilta kysytään, niin mielellään eivät ota vanhempia mukaan...”
- ”...laitan viestin Wilman kautta, että aloitan terveystapaamisen, että jos on mikä olisi hyvä tietää.. ja saa varata ajan ja tulla mukaan...”
- ”...ilmoitetaankin tyyliin ’aloitamme tarkastukset ensi viikolla’...”
- ”...Vanhemmat ovat useimmiten mukana laaja-alaisessa tarkastuksessa...”

Terveydenhoitajat pitivät erityisen tärkeänä kokonaisuuden huomioon ottamista vanhempien tapaamisissa, joten tapaamisissa keskitytään useisiin lapsen henkisen voinnin kannalta tärkeisiin aiheisiin. Huoltajilta tiedustellaan esimerkiksi havaintoja lapsensa kiusaamisesta. Lisäksi kotiolojen puheeksi ottaminen on tärkeää. Vanhemmat kertovat kotioloistaan kuitenkin hyvin vaihtelevasti, mutta pidemmän tuttavuuden jälkeen useimmat ovat valmiimpia kertomaan perheen elämästä syvällisemmin. Vanhempien, joiden lapsi aloittaa koulun, kanssa käydään läpi kouluun tuloon liittyviä asioita. Viidesluokkalaisten kohdalla puolestaan murrosiän ongelmat ovat ajankohtaisempia. Huoltajat saattavat myös ottaa oma-aloitteisesti yhteyttä kouluterveydenhuoltoon, kun lapsella on mielialaongelmia.

- ”...kokonaisuus pyritään huomioimaan...kiusaamisesta kysyn jokaiselta. Vanhemmat kertovat kotioloistaan vaihtelevasti...paremmin, kun tullaan tutuiksi...”
- ”...ykkösluokkalaisilla liittyy kouluun tuloon asioihin...vitoslukkalaisen kohdalla painottuu puberteettiin...molemmissa on mielen ja mielialan asiat...”
- ”...ottavat yhteyttä, kun on tunne, että lapsella on mielialaongelmia...”

Perusteelliseen mielenterveysongelmien ennaltaehkäisyyn kuuluu koululaisten kehityksen jatkuva seuranta, jossa terveystarkastuksilla on ratkaiseva rooli. Ensimmäisellä ja viidennellä luokalla tarkastukset ovat laajoja. Terveystapaamisia järjestetään laajojen tarkastusten väli vuosina. Terveystarkastukset toteutuvat terveydenhoitajien mukaan hyvin, minkä taustalla on terveydenhoitajan ja lääkärin resurssien lisääminen. Lääkärin tarkastuksia ei näin ollen jouduta korvaamaan terveydenhoitajan tarkastuksella. Toisaalta joissakin kouluneuvoloissa osa tiettyjen ikäryhmien tarkastuksista saattaa siirtyä seu-

raavan lukuvuoden alkuun. Esimerkiksi viidesluokkalaisten tarkastuksia joudutaan toisinaan siirtämään seuraavaan syksyyn.

”...terveystapaamiset on kakkosilla, kolmosilla, nelosilla ja kutosilla. Ykkösillä ja viitosilla laajat tarkastukset...”

”...terveydenhoitajan ja lääkärin resursseja lisätty...terveystarkastukset toteutuu...”

”...kuusi kertaa terveydenhoitajalla ja kaksi kertaa lääkärillä...”

”...kyllä on pyritty järjestämään, vaikka vähän viiveellä...”

”...lääkärin tarkastusta ei meillä korvata terveydenhoitajan tarkastuksella...”

Tunnistamisen keinoissa terveydenhoitajat korostivat seulojaa ja seuraavaa otetta ”kevyimmässä” ongelmassa. Seulontaan käytettävien lomakkeiden käytössä oli vaihtelua haastateltavien kesken. Suurimmassa osassa kouluneuvoloista ei ollut käytössä mitään kaavakkeita alakoululaisille, vaikka yläkoululaisille oli omia kaavakkeita Efficassa. Yhdessä neuvolassa käytettiin puolestaan lomaketta ensimmäistä ja viidettä luokkaa käyville. Toisessa neuvolassa toista luokkaa käyville oli käytössä Lota-mittari eli lapsen oman terveydentilan arviointi, ja kolmosluokkalaisille oli oma kaavake.

”...seulon ja kevyissä tapauksissa ...seuranta...”

”...ei ole kaavakkeita...”

”...1. ja 5. luokalla on kaavakkeet, joissa kysytään myös mielialasta...”

”...kolmosillekin on oma kaavakkeensa, Lota-mittari kakkosilla...”

Terveydenhoitajat totesivat keskustelun koululaisen kanssa olevan myös olennainen tunnistamisen keino. Muun muassa kaverisuhteista tiedusteleminen on tärkeää, sillä joskus huonon olon taustalta löytyvät muuttuneet kaverisuhteet. Keskustelun lomassa on hyvä tarkkailla fyysisiä ja henkisiä piirteitä, jotka voisivat antaa vihjeitä mahdollisesta henkisestä pahoinvoinnista tai jopa mielenterveyden häiriöstä. Esimerkiksi runsas jännittäminen, pelkääminen ja alavireisyys herättävät ajatuksia taustalla olevista olosuhteista. Lapsen olemuksesta, käyttäytymisestä ja paino-pituusindeksistä heijastuu usein, jos kaikki ei ole hyvin. Jatkuvat poissaolot, joiden syy on hyvä selvittää, ovat terveydenhoitajien mukaan myös huolestuttavia merkkejä. Lisäksi ajatuksen kulkua on hyvä tarkkailla: on hyvä seurata, onko ajatus koulussa ja ylipäättään tässä hetkessä. Joskus

lapsen ajatus voi olla myös täysin jossakin muualla ja tavoittamattomissa, jolloin tunnistaminen on vaikeampaa.

”...alakoululaisten kanssa keinona on yleensä lähinnä keskustelu...”

”...onko kaveripiiri vaihtunut...”

”...lapsen olemus, käyttäytyminen, paino-pituusindeksi...Jos ylenpalttisesti jännittää, pelkää tai jotakin...herättää ajatuksia. Sitten on näitä alavireisiä...”

”...poissaolot. Onko ajatus koulussa, tässä vai onko olotila jossakin muualla...”

Kun huoli lapsesta on herännyt, uuden tapaamisen järjestäminen lapsen kanssa on suositeltavaa. Yhteydenotto vanhempiin ja mahdollinen tapaaminen heidän kanssaan on myös osa jatkotoimenpiteitä. Terveystoimijat kokivat, että heidän ammattitaitonsa ei riitä suurempien vaikeuksien tunnistamiseen. Tällöin tarvitaankin mielenterveyshäiriöihin perehtyneiden ammattilaisten apua.

”...mikäli huoli herää, otan lapsen uudestaan käymään ja olen yhteydessä vanhempiin...”

”...kun on syvempiä tapauksia, tarvitaan ammattilaista...”

Olimme erityisesti kiinnostuneita tunnistamisvaiheen kouluterveydenhoitajan yhteistyötahoista, sillä siinä vaiheessa yhteistyötahojen tarve on viimeistään todennäköistä. Sitaa-teista käy kuitenkin ilmi, että yhteistyötä tehdään myös ennaltaehkäisyssä ja jatkohoidossa (ks. kuvio 2). Terveystoimijat kokivat, että koululääkäri on yksi tärkeimmistä yhteistyökumppaneista. Lääkäreiden työ keskittyy koululla lähinnä terveystarkastusten tekoon, mikä kuitenkin vaikeuttaa tätä yhteistyötä. Lääkäreille voi myöhemmin laittaa yhteydenottopyynnön. Haastatteluissa tuli ilmi, että lääkärin kanssa ei ole varsinaisia palaverieita tietyinä päivinä viikossa, vaan asioista pyritään keskustelemaan töiden lomassa. Kokemusten säännölliseen vaihtamiseen terveydenhoitajan ja lääkärin välillä kuitenkin on toisinaan liian vähän aikaa. Toisaalta osa terveydenhoitajista uskoi, että pystyisi järjestämään omasta puolestaan aikaa palaverille. Osa terveydenhoitajista koki lääkäreiden olevan niin kiireisiä, ettei heidän puoleensa viitsi jokaisen ongelman vuoksi käännyä. Kuitenkin vakavampien sairaustapauksien koettiin kuuluvan lääkärille.

”...tärkeimmät ovat koululääkäri ja psykiatrinen sairaanhoitaja...”
”...tekee vaan terveystarkastuksen...voi...laittaa yhteydenottopyynnön...”
”...koululääkärin kanssa ei ole yhteisiä palavereita...”
”...kokemusten vaihtamiseen...ehkä puuttuu aikaa...”
”...ottaisin koululääkäripäivältä ajan palaveria varten..se varmaan järjestyy...”
”...tiedän, kuinka työllistettyjä lääkärit on...en hirveästi pommita. Sairasasiat ohjataan hoitamaan siellä...”

Terveydenhoitajien mukaan joissakin tilanteissa yhteistyö terveyskeskuksen henkilökunnan kanssa on välttämätöntä. Jos jonkun lapsen ongelmat vaativat selvittelyä, esimerkiksi psykiatriselta sairaanhoitajalta voi kysyä neuvoa. Toisinaan myös perheneuvola voi toimia yhteistyökumppanina.

”...psykiatrista sairaanhoitajaa...jos jonkun lapsen asiaa mietitään kovasti...”
”...perheneuvola...”

Terveydenhoitajat ovat tekemisissä myös oppilashuollon kanssa. Oppilashuoltoryhmä kokoontuu haastattelujen mukaan pääosin joka toinen viikko, kun taas joissakin neuvoloissa on kerran viikossa järjestettäviä tapaamisia oppilashuoltoryhmän kanssa. Oppilashuoltoryhmään saa osallistua vain, jos ryhmässä käsitellään tutun lapsen asioita. Vanhempia pyydetään mahdollisuuksien mukaan osallistumaan ryhmän kokoontumiseen. Terveydenhoitajat olivat samaa mieltä siinä, että käsiteltäviin asioihin tarvitaan aina vanhempien lupa. Tämä on osaltaan johtanut siihen, että opettajat seuraavat tilannetta pidempään luokassa ennen kuin vievät asiaa oppilashuoltoryhmään. Terveydenhoitajista osa koki lupien kyselemisen vähentävän ongelmista puhumista ja hankaloittavan näin käytännön työtä.

”...joka toinen viikko kokoontuu oppilashuoltoryhmä...”
”...oppilashuolto kokoontuu kerran viikossa...”
”...osallistutaan oppilashuoltoryhmään, jos on tuttu lapsi...”
”...jos mahdollista vanhempaa pyytää mukaan...pitää joka asiasta kysyä huoltajalta, että opettajat seuraa tilannetta pidempään ennen kuin vie asiaa eteenpäin...”

Koulupsykologi ja koulukuraattori ovat tärkeitä oppilashuoltoryhmän jäseniä. Terveystenhoitajat pitivätkin tärkeänä kuunnella kyseisten ammattilaisten mielipiteitä ja neuvoja tarvittaessa. Ylipäänsä koulupsykologia ja kuraattoria pidettiin henkilöinä, joiden kanssa voi keskustella huolta aiheuttavista aiheista ja saada näin tukea työskentelyyn lasten parissa. Lievemmat häiriöt haastateltavat halusivat ensin itse yrittää selvittää, mutta omien apukeinojen loputtua terveydenhoitajat ohjaavat koululaiset psykologin tai kuraattorin vastaanotolle. Kuraattori ja psykologi eivät kuitenkaan ole kaikilla kouluilla tavoitettavissa joka päivä, koska he työskentelevät useilla kouluilla.

”...lievemmissä häiriöissä koitan itse selvittää...jos en pysty auttamaan, ohjaan kuraattorille tai psykologille ja...keskustelen mitä mieltä he on...”

”...koulupsykologi tai koulukuraattori, jonka kanssa keskustelen, jos on huoli...”

”...kuraattori ja psykologi...ei ole täällä joka päivä ja niillä on monta koulu...”

Yhteistyö myös opettajien kanssa kuuluu kouluterveydenhoitajien työnkuvaan. Terveystenhoitajat ja opettajat tapaavat esimerkiksi koulupalavereissa, joissa koululaisen ongelmaa selvittämässä voivat olla myös perhe, kuraattori, koulupsykologi ja opinto-ohjaaja. Suurin osa terveydenhoitajista kertoi opettajien ottavan yhteyttä, jos heillä on huoli oppilaasta. Vuosien aikana on kuitenkin ollut asiakkaina myös sellaisia koululaisia, joita on seurattu jopa monta vuotta luokassa ennen ilmoittamista terveydenhoitajalle. Terveystenhoitajat pitivät tärkeänä, että keskusteltaessa koululaisen asioista opettajien kanssa vanhemmilta on pyydetty ensin lupa asioiden käsittelyyn.

”...tärkeää se, että on tämä lupa selvitetty vanhempien kanssa...”

”...kun ollaan ongelmien selvittelyn asteella, ollaan koulupalavereissa, joissa on perhe, opettaja, voi olla terveydenhoitaja, kuraattori, koulupsykologi, opoa...”

”...opettajat ottavat yhteyttä, jos huolta on...tapaukset mitä on tullut, ovat olleet monta vuotta seurattuna...”

Terveystenhoitajat tekevät toisinaan yhteistyötä myös erilaisten vapaaehtoisjärjestöjen ja virkamiesten kanssa. Haastatelluilla oli vapaaehtoisjärjestöjen kanssa vain vähän yhteistyötä, minkä taustalla oli ainakin osittain ajan puute. Osa tuntui pohtivan, olisiko yhteistyöhön eri tahojen kanssa panostettava enemmän. Poliisin kanssa oli oltu tekemisissä

lähinnä koulukisaamiseen liittyvissä selvittelyissä. Poliiseihin terveydenhoitajat kokivat myös voivansa turvautua tarvittaessa. Lastenlääkäriin terveydenhoitajat saattoivat olla yhteydessä papereiden välityksellä esimerkiksi lähetteen muodossa.

”...vähän yhteistyötä vapaaehtoisjärjestöihin...”

”...ei tässä oo hirveästi joutanu..en tiedä pitäiskö...”

”...joskus koulukiusaamisasioissa on poliisi...”

”...voidaan olla yhteyksissä...”

”...lastenlääkärin kanssa...paperien välityksellä yhteistyötä...”

Tukioppilaiden kanssa terveydenhoitajilla ei ollut juurikaan yhteistyötä. Muoti-ilmiöiden, kuten myrkyllisten aineiden haistelun ehkäisyssä ja hoidossa he kokivat kuitenkin tukioppilaiden avun tarpeelliseksi, kun asiaa lähdetään selvittämään koko koulun tasolla. Kouluterveydenhuollon ja muun terveydenhuollon välisessä yhteistyössä puolestaan Lasten- ja nuorisopsykiatrisella työryhmällä oli merkittävä rooli. Mielenterveydellisten häiriöiden ilmaantuessa terveydenhoitajat pitivät työryhmää ensimmäisenä tahona, jolle lapset ohjataan jatkohoitoon. Lisäksi työryhmän kanssa tehdään yhteistyötä erityisesti lapsen palatessa kouluun erikoissairaanhoidon tutkimusjaksolta, jolloin on tärkeää, että kouluterveydenhuolto saa tarvittavat tiedot jatkotoimenpiteitä varten. Työryhmä ja terveydenhoitajat voivatkin kyseisissä tilanteissa suunnitella yhdessä lapsen hoidon tarpeita kouluterveydenhuollossa.

”...tukioppilaiden kanssa ei ole yhteistyötä...”

”...jos nousee ongelmia, jotka on muotiasioita...yhteistyökumppanina esimerkiksi tukioppilastoiminta...”

”...lapsi on ollut tutkimusjaksolla...kun palaa kouluun...että täällä tiedetään, miten mennään ja sovitaan yhteisesti tietä...”

”...lanuhan onkin...taho, jolle me koululaisia ohjataan, jos tulee mielenterveydenhäiriötä...”

Terveydenhoitajat tekevät toisinaan yhteistyötä myös sosiaalihuollon, nuorisotoimen ja seurakunnan kanssa. He pitivät yhteydenottoa lastensuojeluun tärkeänä silloin, kun huoli koko perheestä on suuri. Nuorisotoimen ja terveydenhoitajien yhteistyö oli enemmistö-

tön mukaan melko vähäistä. Toisaalta nuorisotoimen kanssa työskentely oli tiivistä sel-
laisessa koulussa, jossa olivat edustettuina sekä nuorisotoimi että kouluneuvola. Nuori-
sotoimen omaa aktiivisuutta ilmoittaa terveydenhoitajalle huolta aiheuttavista asioista
pidettiin yhdessä haastattelussa hyvänä piirteenä. Seurakunnan kanssa oltiin yhteistyös-
sä lähinnä suunniteltaessa lisätukea lapselle.

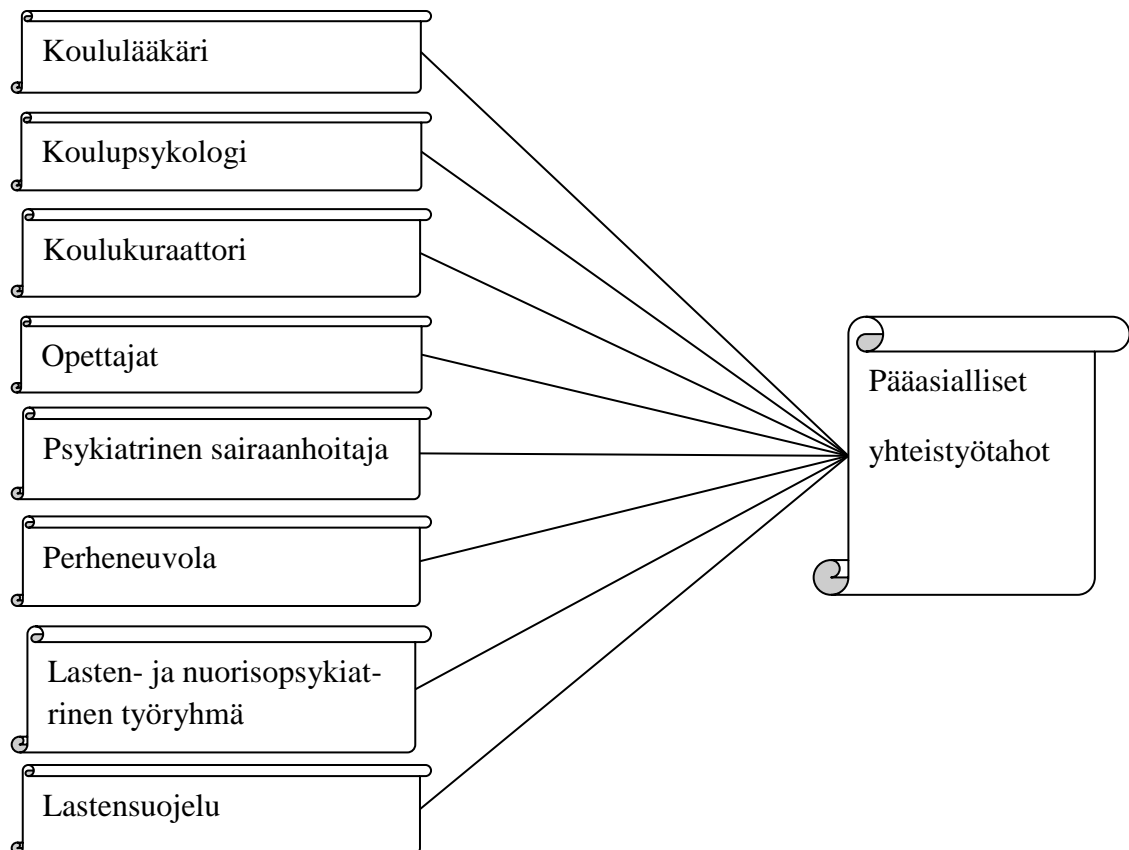
”...jos huoli tulee koko perheestä, niin kyllä lastensuojelun...”

”...ei kauheasti terveydenhoitajan kanssa toimi nuorisotoimi...”

”...meillä on talossa nuorisotoimi, niin on hyvinkin tiivistä...”

”...saattaa soittaa mulle, jos on tullut jotakin huolta...”

”...jos nousee tärkeänä tukimuotona...olen yhteydessä seurakuntaan...”



KUVIO 2. Pääasialliset kouluterveydenhoitajan yhteistyötahot mielenterveyteen liittyvien ongelmien käsittelyssä

Suurin osa terveydenhoitajista koki tietojen vaihdon yhteistyötahojen kanssa ongelmalliseksi ajan puutteen vuoksi. Erään haastateltavan mukaan muun muassa psykologien kanssa ei ole tarpeeksi aikaa käydä läpi oppilaiden vointia ja tuen tarvetta. Toimistoaikaa kyseisille keskusteluille pitää vain yrittää järjestää terveystarkastusten välille. Haastateltavien joukossa oli kuitenkin myös saamaansa moniammatillisen avun riittävyyteen tyytyväinen terveydenhoitaja.

”...ei ole tarpeeksi aikaa tietojen vaihtamiseen...”

”...keskusteluaikaa psykologeilla ei ehkä tarpeeksi ole...”

”...yritän jättää toimistoaikaa näihin asioihin...”

”...koen sen avun riittävänä...”

Ylipäättään tunnistamiseen varattu aika oli suurimman osan mielestä riittämätön. Eriytyisenä ongelmana oli mielenterveysongelmien tunnistaminen 15 minuutissa, jolloin on vaarana, että todelliset ongelmat saattavat jäädä huomaamatta. Lisäksi yhteydenotto vanhempiin koululaisen tarkastuksen jälkeen oli erään haastateltavan mukaan ajan puutteen vuoksi vaikeaa. Esimerkiksi apukeinojen ja samojen huolien pohtimiseen yhdessä vanhempien kanssa ei aina ole riittävästi aikaa. Osa terveydenhoitajista oli kuitenkin tyytyväisiä 30 minuutin aikaan, joka on varattu 3. luokkalaisten tarkastuksiin. Eräessä haastattelussa myös todettiin ajan riittävän, jos tekee oikeita kysymyksiä.

”...15 minuutissa saattaa paljon mennä ohikin...”

”...aina ei ehdi olla...miettimässä vanhempien kanssa apukeinoja tai onko kotona herännyt samoja huolia...”

”...kolmosilla on 30min..se on ihan kohtuullinen...”

”...aika riittää, kun osaa kysyä oikeat kysymykset...”

Mielenterveysongelmien tunnistamisessa terveydenhoitajat olivat havainneet useita keskenään erilaisia haasteita. He olivat kuitenkin selkeästi yksimielisiä siitä, että alakoululaisten on vaikeaa avautua henkisestä pahasta olostaan. Lisäksi osa koki vanhempien haluttomuuden avautua perheen ongelmista vaikeuttavan lapsen pahan olon taustojen selvittämistä ja näin myös tunnistamista. Liiallinen puheliaisuus tai varauksellisuus puolestaan koettiin haasteiksi, sillä kyseisten luonteenpiirteiden erottaminen mie-

lenterveysongelmista on toisinaan vaikeaa. Toisaalta myös jännittämistä vastaanottotilanteessa pidettiin haasteena erottamisen kannalta. Tuloksista kävi ilmi myös koululaisen vaikeus mieltää itseään mielenterveysongelman kantajaksi pahasta olosta huolimatta. Eräs terveydenhoitaja korosti, että tunnistaminen on vaikeampaa nuorimpien koululaisten kohdalla.

”...ei ne välttämättä avaudu tässä puhumaan...”

”...jos ei esimerkiksi vanhempien kanssa ole avoimuutta...”

”...joku voi olla luonteeltaan kertovampi, toinen voi olla varauksellinen..mutta taustalle ei välttämättä kätkeydy mitään kummempaa...”

”...jännittääkö lapsi...pitäisi sitten pystyä erottamaan...”

”...ei se osaa ajatella, että hällä olisi joku mielenterveydenongelma...”

”...mitä pienemmästä kyse, sitä...vaikeampaa...”

Terveydenhoitajat pitivät peruskoulutuksen antamaa tukea mielenterveysasioiden käsittelyyn vähäisenä. Haastateltavat totesivat, että peruskoulutuksessa olisikin tarvetta lisätä henkisiin vaikeuksiin liittyvää koulutusta. Kouluterveydenhoitajilla on kuitenkin mahdollisuus käydä työn ohessa koulutuksissa, joihin osallistuminen on omasta aktiivisuudesta kiinni. Esimerkiksi kouluterveyspäivillä luennoidaan toisinaan mielenterveysongelmista. Koulutuksiin kuluva aika on kuitenkin pois käytännön työstä. Terveydenhoitajat totesivat, että jatkuva kouluterveydenhuoltoon kohdistettu koulutus olisi tarpeen henkisten ongelmien käsittelyssä.

”...kun mietin mielenterveysasioita...peruskoulutuksessa ei sitä kauheasti ole ollut...”

”...itse koulutus ei hirveästi ole tukenut...”

”...kyllähän sitä on siellä, mutta enempi varmasti tarvis...”

”...työpaikka kyllä tarjoaa päivän kahden koulutuksia...”

”...omasta aktiivisuudestakin kiinni, että mihin koulutuksiin hakeutuu...”

”...kouluterveyspäivillä näitä asioita on enemmän tai vähemmän esillä...”

”...jos käyt koulutuksissa, se on käytännön työstä pois...”

”...henkisiin ongelmiin tarvitsisi jatkuvaa koulutusta...”

6.3 Yhteistyö erikoissairaanhoidon ja vanhempien kanssa tunnistamisen jälkeen

Henkisen pahoinvoinnin tunnistamisen jälkeen yhteistyö erikoissairaanhoidon kanssa on tärkeää. Terveydenhoitajat kertoivat joutuvansa ainakin kerran vuodessa lähettämään koululaisen erikoissairaanhoidon mielenterveysongelman vuoksi. Terveydenhoitajien mukaan yhteistyö on silloin vähäistä, kun lapsi on erikoissairaanhoidossa. Toisaalta yhteistyö voi olla hoitajakson aikana tiivistä, jos vanhemmat haluavat esimerkiksi järjestää palavereita. Kyseisiin palavereihin voi osallistua tarvittaessa myös kouluterveydenhoitaja vanhempien ja lasta hoitavien sairaalan edustajien lisäksi. Lapsen kotiutuessa erikoissairaanhoidon ja kouluterveydenhuolto miettivät yhdessä jatkohoitotoimenpiteitä. Kouluterveydenhoitaja ei kuitenkaan välttämättä ole se henkilö, joka jatkaa lapsen kuntouttamista, vaan jatkotoimenpiteistä vastaavat yleensä Lasten- ja nuorisopsykiatrisen työryhmä, koulupsykologi tai koulukuraattori.

”...vuosittaista varmasti...”

”...Aika vähäistä, kun nuori on erikoissairaanhoidossa...”

”...miten vanhemmat sitä asiaa hoitaa, esimerkiksi järjestetäänkö siellä palavereita...”

”...kun lapsi kotiutuu, mietitään miten jatketaan...”

”...yleensä, jotka on siellä ollu...jatkokäynnit on Lanussa tai meidän psykologilla tai kuraattorilla...”

Koulun apukeinojen loppuessa lasten ja nuorten kuntoutusyksikkö on ensimmäinen erikoissairaanhoidon taho, johon otetaan yhteyttä mielenterveysongelmien paljastuessa. Lasten- ja nuorisopsykiatrisen työryhmä tai Oulun kaupunki tekeekin ensin koululaisen tilanteesta arvion, jonka mukaan päätetään, lähetetäänkö lapsi jatkohoitoon Oulun yliopistolliseen sairaalaan. Kouluneuvolasta suoraan sairaalaan pääsee vain lääkärin lähetteellä vaikeimmissa tilanteissa. Lastenlääkäriltäkin voi myös kysyä neuvoa ongelmatilanteissa tai tehdä lähetteen hänelle tarvittaessa. Haastatteluaineistossa tuli esille, että vanhemmat voivat valita myös yksityisen terveystalouden lapselleen, jolloin tieto sairaalajaksosta voi tulla kouluterveydenhuollon tietoon vasta seuraavassa terveystarkastuksessa.

”...kun koulun apukeinot on käytetty... yhteyttä Lanuun...”

”...Oysiin ei pääse ennen kuin Lanu tai Oulun kaupunki tekee arvion. Täältä suoraan ääripäissä...lääkäriin lähete on siihenkin...”

”...lastenlääkäriin...kanssa voidaan konsultoida ja tehdä lähetettä...”

”...vanhemmat voivat valita yksityisen tien...tieto voi tulla seuraavassa tarkastuksessa...”

Haastateltavat pitivät tärkeänä myös vanhempien kanssa tapahtuvaa tiivistä yhteistyötä henkisen pahoinvoinnin tunnistamisen jälkeen. Enemmistön vastauksissa korostui terveydenhoitajien ajanpuute vanhempien tapaamisten järjestämiseen. Lisäksi vanhemmilta voi olla vaikeuksia tavata terveydenhoitajia päivällä, koska useimmat heistä ovat silloin töissä. Yleensä vanhemmat olisivat kuitenkin halukkaita yhteistyöhön ajallisista esteistä huolimatta. Apukeinojen miettimiseen ja vanhempien lapsesta heränneiden huolien kuuntelemiseen on toisinaan liian vähän aikaa. Vanhempiin ollaan yleensä yhteydessä puhelimitse.

”...enkä näe etenemisen mahdollisuutta ilman...tiivistä yhteistyötä...”

”...aikaa vanhempien tapaamisiin ei oikein tahdo olla...”

”...aina ei ehdi olla miettimässä apukeinoja tai onko kotona samoja huolia kuin minulla...”

”...eivät he edes pääse, vaikka haluaisivat...”

”...yleensä se on se puhelinkontakti...”

Vanhempien kanssa käsitellään useita lapsen auttamisen kannalta oleellisia asioita. Haastatteluissa esille nousivat tuentarpeen arviointi yhdessä vanhempien kanssa. Lisäksi vanhempien näkökulmalla lapsensa henkisestä voinnista on suuri merkitys. Vanhemmilta kysytään muun muassa, millainen lapsi on kotona. Terveydenhoitajan on myös hyvä tiedustella huoltajien käsitystä kaverisuhteista ja koulumenestyksestä. Lapsen oireiden, jotka ovat herättäneet huolen kouluterveydenhuollossa, puheeksi ottaminen on tärkeää. Näin voidaan verrata, onko vanhemmillä ollut samanlaisia huolia. Terveydenhoitajat pitivät henkisen pahoinvoinnin taustojen selvittelyssä erityisen oleellisena sitä, että keskusteluissa käydään läpi vanhempien roolia ja kotiolosuhteita, jotka voivat vaikuttaa lapsen elämään. Yleensä vanhemmat kertovat avoimesti ongelmistaan. Toisaalta on

myös vanhempia, jotka pitävät kysymyksiä liian tungettelevina eivätkä mielellään kerro kotielämästään. Kouluterveydenhuollon haasteena onkin, miten ottaa ikävimmät asiat esille.

”...arvioidaan tuen tarvetta...”

”...millainen lapsi on kotona...kaveriasioista tai koulunkäynnistä...”

”...puhun lapsen oireista...”

”...onko vanhemmalla samaa huolta...”

”...vanhempien rooli...”

”...keskustellaan kotitilanteesta, mitkä asiat voivat vaikuttaa ongelmien kehittymiseen...”

”...yleensä vanhemmat kertovat...haaste on siinä, miten asian ottaa esille...”

6.4 Kouluterveydenhoitajan työn arvostus mielenterveysasioissa

Aineiston mukaan terveydenhoitajat olivat melko yksimielisiä siitä, että heidän työtään arvostetaan. Terveydenhoitotyö nähdään merkittävänä ongelmien kartoituksessa ja seurannassa. On olemassa myös paljon asioita, jotka vain terveydenhoitaja osaa hoitaa. Vanhempien arvostus puolestaan on näkynyt yhteydenottoina. Palkkauksessa kyseistä työtä ei kuitenkaan vielä terveydenhoitajien mukaan arvosteta. Työn arvostuksen toivottiin näkyvän myös työn sisällössä. Erityisesti tukea henkisten vaikeuksien tunnistamiseen ja tukimuotojen löytämiseen kaivattiin.

”...arvostetaan, koska aika paljon asioita on kouluterveydenhoitajan varassa...”

”...arvostetaan kartoitus/seuranta-kysymyksissä...”

”...tunnistamiseen ja tukien löytämiseen...taitoja ei vain ole...toivoisin arvostuksen näkyvän myös työn sisällössä...”

”...vanhemmat arvostaa...”

”...palkkauksen mukaan ei arvosteta...”

7 POHDINTA

7.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata kouluterveydenhoitajien kokemuksia 7–12-vuotiaiden lasten mielenterveydestä ja siihen liittyvistä riskeistä, mahdollisista ongelmista sekä häiriöistä. Tarkoituksena oli myös kuvata, miten terveydenhoitajat ennaltaehkäisevät ja tunnistavat 7–12-vuotiaan lapsen henkistä pahoinvointia ja miten he toimivat tunnistamisen jälkeen.

Tulokset saatiin haastattelemalla viittä kouluterveydenhoitajaa Oulun seudulla. Aineisto analysoitiin laadullisella, aineistolähtöisellä analyysillä.

7.1.1 Lasten henkinen hyvinvointi ja voimavarat

Tutkimuksen tulosten mukaan henkinen hyvinvointi näkyy käytöksessä. Hyvinvoivilla lapsilla myös koulu menee yleensä hyvin. Samantyyliin tuloksiin on päädytty aiemmissa tutkimuksissa. Tiluksen (2004, 41–42) ja Lehtosen ja Lönnqvistin (2011, 24–25) mukaan hyvän mielenterveyden tunnusmerkit liittyvät normaaliin käyttäytymiseen ja työnteon kyvykkyyteen. On kuitenkin syytä muistaa, että kaikki henkiset ongelmat eivät näy aina ulospäin.

Tutkimusaineiston mukaan suurimpia voimavaroja henkiselle voinnille ovat onnelliset perhesuhteet. Kaverit muodostavat toisen tärkeimmän voimavaran, joka vahvistaa mielenterveyttä. Aiemmissä tutkimuksissa on myös todettu ihmissuhteiden merkitys hyvinvoinnille (Räsänen 2002, 267; Almqvist 2010, 18). Räsänen (2002, 267) mukaan myös biologiset ja rakenteelliset tekijät voivat vahvistaa mielenterveyttä. Tätä terveydenhoitajat eivät tosin haastatteluissa maininneet. Haastatteluissa tuli myös ilmi, että koulunkäynti ja koulumenestys voivat tuoda turvan ja elämän hallinnan tunteen lapsille, joilla on vaikeuksia kotona.

7.1.2 Lasten henkinen pahoinvointi ja sen riskitekijät

Haastattelujen perusteella henkistä pahoinvointia esiintyy, vaikkakin suurin osa alakoululaisista voi hyvin. Samantyyliisiin tuloksiin on päädytty myös aiemmassa tutkimuksessa. Suurin osa lapsista voi hyvin (Lasten ja lapsiperheiden terveys- ja hyvinvointierot 2012, 172). Tutkimusaineiston terveydenhoitajien mukaan huono olo näyttäytyy enimmäkseen mielenkiinnon menetyksenä, väsymyksenä ja apeutena. Aiempi tutkimus on osittain ristiriidassa saamiemme tulosten kanssa. Sen mukaan jännittyneisyys, levottomuus ja keskittymisvaikeudet ovat tavallisimpia psyykkisiä oireita (Lasten terveys 2010, 147). Joillakin yksilöillä esiintyy puolestaan levottomuutta ja vaikeuksia koulussa. Kiusaaminen kuvastaa, että kaikki ei ole kunnossa. Joskus henkisellä huonovointisuudella on myös fyysisiä oireita, kuten painoon liittyviä ongelmia.

Aineiston mukaan suurimpia altistavia tekijöitä lapsen henkiseen pahoinvointiin ovat perheiden ongelmat, joista vanhempien ongelmalliset välit, vanhemmuuden vääristymät ja perheen mielenterveysongelmat ovat yleisimpiä haasteita. Samoihin tuloksiin on päädytty useissa tutkimuksissa. Lapsen käytösongelmia lisäävät puutteet oikeanlaisessa vanhemmuudessa ja vanhempien väliset ristiriidat (Ahonen ym. 2006, 120–12; Nordling & Toivio 2009, 162; Aronen & Sourander 2011, 549; Soisalo 2012, 182). Vanhempien henkinen epävakaus on myös ongelma lapsen kehitykselle (Kiintymyssuhde ja ero 2007, hakupäivä 6.8.2011; Olen juuri syönyt 2008, 38).

Tutkimustulosten mukaan lapsen henkistä kehitystä perheessä häiritsevät väkivalta ja päihteiden käyttö, mutta nämä tekijät nousivat haastatteluissa esille hyvin marginaalisesti. Aiemmissä tutkimuksissa on havaittu myös riskitekijöitä, joita terveydenhoitajat eivät maininneet. Lasten mielenterveydellisten ongelmien taustalta voi löytyä vanhempien epäsosiaalisuutta, hyväksikäyttöä, perheen ruokailutottumuksia, taloudellisia ongelmia, vuorovaikutushäiriöitä ja korkeaa vaatimustasoa (Kristeri 2003, 38–39; Broberg ym. 2005, 245; Nordling & Toivio 2009, 162; Soisalo 2012, 182). Haastatteluiden mukaan suorituskeskeisessä yhteiskunnassamme perheissä voidaan elää jatkuvaa kiirettä. Lisäksi vanhempien oman elämän kaipuun seuraukset voivat olla lapselle tuhoisia. Tutkimusaineistossa terveydenhoitajat kertovat myös uusioperheiden ongelmien olevan haaste lapselle.

Haastatteluista saatujen tulosten perusteella perheen ulkopuolisista riskitekijöistä ongelmat kaverisuhteissa ovat yleisiä. Harvinaisempia haasteita ovat synnynnäinen henkinen sairaus, oppimisvaikeudet ja media. Tulokset vahvistavat aikaisempien tutkimusten tuloksia. Haitalliset elämäntapahtumat, kiusaaminen ja kiusattuna oleminen lisäävät mielenterveysvaikeuksien syntyä (Karlsson & Marttunen 2007, 12; Nordling & Toivio 2009, 162; Aronen & Sourander 2011, 549–550). Sosiaalisista vaikutteista muun muassa suorituskeskeisyydellä, laihihanteella, runsaalla muuttoliikkeellä sekä medialla voi olla vaikutusta henkiseen vointiin (Kemppinen 2000, 18–19; Olen juuri syönyt 2008, 34, 38; Räsänen & Tamminen 2010, 375).

7.1.3 Ennaltaehkäisyn keinot

Osa terveydenhoitajista piti ennaltaehkäisyn keinoja vähäisinä. Tutkimustulosten mukaan tärkeimpiä keinoja ovat kuunteleminen ja keskusteleminen. Henkisen voiminnan tukeminen ja riskitekijöihin puuttuminen ovat myös keinoja, joita käytetään kouluterveydenhuollossa. Tulokset vahvistavat aiempia tutkimuksia. Sosiaalisen ja emotionaalisen kasvun ja kehityksen tukeminen on tärkeää (Jakonen 2006, 157–158). Terho puolestaan toteaa tutkimuksessaan riskitekijöiden kartoittamisen olevan tärkeää, jotta henkistä pahoinvointia voidaan ehkäistä. Koulu yhteisön ilmapiirillä on myös vaikutuksensa oppilaan hyvinvointiin, joten terveydenhoitajan on edistettävä yhteisön terveyttä ja ehkäistävä sen hyvinvoinnin häirttekijöitä. (2002, 20.)

Ennaltaehkäisyyn kuuluvat olennaisena osana terveystarkastukset, jotka ovat laajoja ensimmäisellä ja viidennellä luokalla. Laajojen tarkastusten väli vuosina järjestetään terveystapaamisia. Lähes kaikissa kouluneuvoloissa terveydenhoitajan ja lääkärin resursseja on lisätty, minkä vuoksi terveystarkastukset toteutuvat hyvin. Lääkärintarkastuksia ei myöskään jouduta korvaamaan terveydenhoitajan tarkastuksilla. Stridin (2002, 144, 146) mukaan lääkärintarkastuksia on jouduttu korvaamaan terveydenhoitajan tarkastuksilla, jolloin ongelmia on jäänyt huomaamatta. Aiemman tutkimuksen mukaan terveystarkastusten toteutumisessa on myös ollut puutteita (Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen perusopetuksessa 2010, 172–173). Toisaalta haastatteluiden mukaan osassa kouluista tiettyjen ikäryhmien lääkärintarkastuksia saattaa siirtyä seuraavan lukuvuoden

alkuun. Lääkärin palveluiden puutteellisuuden on todennut myös Tervaskanto-Mäentausta (2008, 376).

7.1.4 Tunnistamisen keinot

Tutkimustulosten mukaan tunnistamisen keinoissa korostuu seulova ja seuraava ote kevyimmissä ongelmissa. Terveystoimijat totesivat muun muassa kaverisuhteista tiedustelun olevan tärkeää tunnistamisessa. Keskustelun lomassa on hyvä tarkkailla myös fyysisiä ja henkisiä piirteitä, kuten jännittämistä, pelkoa, alavireisyyttä, käytöstä, olemusta ja paino-pituusindeksiä. Joskus lapsen ajatus voi olla tavoittamattomissa, minkä taustalla voi olla henkistä pahoinvointia. Jatkuvat poissaolot ovat myös huolestuttavia merkkejä. Suurimmassa osassa kouluneuvoloita käytetään keskenään erilaisia lomakkeita, joita ei käytetä kaikille alakoulun luokille. Osa vastaajista puolestaan totesi, ettei alakoululaiselle ole lomakkeita. Vahvuudet ja vaikeudet -kysely on luotettava tutkimusmenetelmä 4–16-vuotiaiden lasten henkisten vaikeuksien arviointiin. (Borg 2011, 108, 111.) Tätä kyselyä ei käytetty aineiston kaikissa neuvoloissa systemaattisesti 7–12-vuotiaille. Taustalla voi olla useita syitä, kuten haastatteluissa esille noussut ajanpuute. Toisaalta kyselyn asioita voi ottaa keskustelussa esille ilman varsinaista kyselyn täyttämistä.

Terveystoimijat olivat yksimielisiä siitä, että alakoululaisten on vaikeaa avautua henkisestä pahasta olostaan. Pienellä koululaisella voi olla myös vaikeus mieltää itseään mielenterveysongelman kantajaksi. Eräs terveystoimija korostikin, että tunnistaminen on haastavinta nuorimpien koululaisten kohdalla. Liiallinen puheliaisuuden, varauksellisuuden tai jännittämisen erottaminen mielenterveysongelmista on toisinaan vaikeaa. Lisäksi vanhemmat voivat olla haluttomia kertomaan ongelmistaan, jolloin lapsen pahan olon tunnistaminen vaikeutuu. Aiemmissä tutkimuksissa on päädytty vastaavanlaisiin tuloksiin. Usein kouluikäiset ovat pohjimmiltaan pelokkaita ja arkoja. Ruumiillisten oireiden kertomisen taustalta löytyy usein halu saada hoitoa henkisiin ongelmiin. (Ivanoff ym. 2006, 92; Puura 2010, 382.)

Tulosten nojalla uuden tapaamisen järjestäminen lapsen kanssa ja yhteydenotto vanhempiin on huolen herättänyt tärkeää. Peruskoulutuksessa on käsitelty vain vähän alakouluikäisten mielenterveyttä. Haastateltavat kertoivat kuitenkin olevansa oikeutettuja lisäkoulutuksiin, jonka toivottiin olevan kouluterveydenhuoltoon kohdistetumpaa. Koulutuksiin osallistumista pidettiin haastavana, sillä niihin kuluva aika on pois käytännön työstä. Erityisesti tukea henkisten vaikeuksien tunnistamiseen ja tukimuotojen löytämiseen kaivattiin. Terveystyöntekijät kokivatkin, ettei heidän ammattitaitonsa riitä suurempien ongelmien tunnistamiseen. Tällöin tarvitaan mielenterveyshäiriöihin perehtyneiden ammattilaisten apua.

7.1.5 Jatkotoimenpiteiden keinot

Tutkimusaineiston mukaan lastenlääkäriltä voi kysyä neuvoa ongelmatilanteissa tai hänelle voi tehdä lähetteen tarvittaessa. Henkisen pahoinvoinnin paljastuessa terveydenhoitajat ottavat kuitenkin yhteyttä Lasten- ja nuorisopsykiatriseen työryhmään viimeistään koulun apukeinojen loppuessa. Kouluneuvolasta suoraan sairaalaan pääsee vain vaikeimmissa tilanteissa ja silloinkin ainoastaan lääkärin lähetteellä. Vanhemmat voivat valita myös yksityisen terveystalouden lapselleen, jolloin tieto sairaalajaksoista voi tulla kouluterveydenhuollon tietoon vasta seuraavassa terveystarkastuksessa.

Mielenterveydellisten syiden vuoksi joudutaan lähettämään erikoissairaanhoidon vuositaitin joku lapsi. Yhteistyö erikoissairaanhoidon kanssa voi olla hoitajakson aikana tiivistä, jos vanhemmat haluavat järjestää palavereita. Erikoissairaanhoidon on kuitenkin yleisimmin yhteydessä kouluterveydenhuoltoon vasta kotiutusvaiheessa, jos jatkohoito tapahtuu kouluneuvolassa.

7.1.6 Yhteistyötahot ennaltaehkäisyssä, tunnistuksessa ja jatkotoimenpiteissä

Koululääkäri on yksi kouluterveydenhoitajan tärkeimmistä yhteistyökumppaneista. Haastatteluissa terveydenhoitajat pitivätkin tärkeänä kuunnella myös koulupsykologin ja koulukuraattorin neuvoja tarvittaessa. Omien apukeinojen loputtua terveydenhoitajat lähettävät oppilaat psykologille tai kuraattorille, jotka eivät kuitenkaan ole kaikilla kou-

luilla tavoitettavissa päivittäin, koska he usein työskentelevät useilla kouluilla rinnakkain.

Oppilashuoltoryhmä kokoontuu pääsääntöisesti joka toinen viikko, kun taas joissakin neuvoloissa oppilashuoltoryhmän kokouksia on kerran viikossa. Oppilashuoltoryhmään terveydenhoitaja saa osallistua, kun keskustelussa ovat jonkun hänen asiakkaisiinsa kuuluvan lapsen ongelmat. Vanhempia kutsutaan mahdollisuuksien mukaan osallistumaan kokoukseen. Käsiteltäviin asioihin tarvitaan aina vanhempien lupa, minkä osa terveydenhoitajista koki vähentävän ongelmista puhumista ja hankaloittavan käytännön työtä.

Aineiston mukaan terveydenhoitajat ja opettajat tapaavat esimerkiksi koulupalavereissa, jossa koululaisen ongelmaa selvittämässä voivat olla myös perhe, kuraattori, koulupsykologi ja opinto-ohjaaja. Suurin osa terveydenhoitajista kertoi opettajien ottavan yhteyttä, jos heillä herää huoli oppilaasta. Vastaanotolle on myös tullut koululaisia, joita on seurattu luokassa pitkään ilman ilmoitusta terveydenhoitajalle. Myös aiemmassa tutkimuksessa on todettu, että opettajien on vaikeaa puuttua ongelmiin ajoissa. Pönkön mukaan opettajilla ei ole aikaa suuresta luokkakoosta johtuen paneutua yksittäisen oppilaan ongelmiin. Rehtorin puhuttelu tai jälki-istunto ovat ensisijaisia keinoja ongelmien ratkaisemiseen. Koulun ulkopuolista ammattiapua oppilaalle opettajat hakevat, kun ongelmat häiritsevät koulunkäyntiä huomattavasti. (2009, 136.)

Terveydenhoitajien mukaan joissakin tilanteissa yhteistyö terveystieteiden henkilökunnan kanssa on välttämätöntä. Esimerkiksi psykiatriselta sairaanhoitajalta voi kysyä neuvoa. Toisinaan myös perheneuvola voi toimia yhteistyökumppanina. Mielenterveydellisten häiriöiden ilmaantuessa Lasten- ja nuorisopsykiatrista työryhmää pidetään ensimmäisenä tahona, jolle lapset ohjataan jatkohoitoon. Lisäksi työryhmän kanssa tehdään jatkotoimenpiteitä koskevaa yhteistyötä lapsen palatessa kouluun erikoissairaanhoidon tutkimusjaksolta.

Tutkimusaineiston nojalla lastensuojeluun otetaan yhteys, kun huoli perheestä on suuri. Seurakunnan kanssa ollaan yhteistyössä lähinnä suunniteltaessa lisätukea lapselle. Nuorisotoimen aktiivisuutta ilmoittaa terveydenhoitajalle huolenaiheistaan pidetään hyvänä

piirteenä. Nuorisotoimen kanssa työskentely oli tiivistä erityisesti yhdessä koulussa, jossa nuorisotoimi oli samassa rakennuksessa kuin kouluneuvola.

Vapaaehtoisjärjestöjen kanssa terveydenhoitajilla on tulosten mukaan vain vähän yhteistyötä. Poliisin kanssa ollaan tekemisissä lähinnä koulukisaamiseen liittyvissä selvityksissä. Lastenlääkäreiden kanssa terveydenhoitajat ovat yhteistyössä esimerkiksi silloin, kun kyseessä on lähete. Tukioppilaiden kanssa terveydenhoitajilla on hieman yhteistyötä lähinnä koko koulua koskevien ongelmien selvittämisessä.

Aineiston mukaan terveydenhoitajilla on vanhempien kanssa vähän tapaamisia tarkastusten yhteydessä, minkä syynä on usein tarkastusten sijoittuminen vanhempien työajalle ja tarkastusajan myöhäinen ilmoittaminen vanhemmille. Toisaalta osa koululaisista on haluttomia ottamaan vanhempia mukaan tarkastuksiin. Aiemmissä tutkimuksissa on päädytty vastaavanlaisiin tuloksiin. Vanhempien kanssa tapaamisia on ollut lähinnä kouluuntulotarkastusten yhteydessä. (Strid 2002, 139; Lasten terveys 2010, 143.)

Ennaltaehkäisevän työn tapaamisissa vanhempien kanssa keskitytään useisiin lapsen henkisen voinnin kannalta tärkeisiin aiheisiin, kuten kiusaamiseen. Riippuen lapsen iästä keskustellaan tarvittaessa kouluun tuloon tai puberteettiin liittyvistä asioista. Huoltajat saattavat myös ottaa oma-aloitteisesti yhteyttä kouluterveydenhuoltoon, jos lapsella on henkisiä ongelmia. Luottamuksen kehittyessä useimmat vanhemmat ovat valmiimpia kertomaan myös kotiooloistaan. Tutkimuksen Kouluterveydenhuolto (2002, 38) mukaan vanhempien kanssa keskustellaan vastaavanlaisista aiheista. Aiemman tutkimuksen mukaan kouluterveydenhoitajat ovat jättäneet perheen vähemmälle huomiolle, eikä lasten lähiverkosta hyödynnetä lasten terveyttä tutkittaessa (Ivanoff ym. 2006, 28–29). Tämän tutkimuksen tulosten perusteella kuitenkin perheen vaikutukset lapseen ovat tärkeässä roolissa tapaamisissa. Tulosten poikkeavuuden taustalla voi olla muun muassa se, että haastattelujen mukaan terveydenhoitajat ovat nykyään hyvin tietoisia perheen olosuhteiden vaikutuksista lasten henkiseen terveyteen, joten he pitävät perheen huomiointia ja vaikutuksia tarkastuksessa tärkeänä.

Ongelmien paljastuttua vanhempien kanssa käsitellään lapsen auttamisen kannalta oleellisia asioita, kuten tuen tarvetta. Vanhempien näkökulmalla lapsensa henkisestä voinnista, kaverisuhteista ja koulumenestyksestä on suuri merkitys. Keskustelussa on myös hyvä verrata, onko vanhemmilla ollut samanlaisia huolia lapsesta kuin terveydenhoitajalla. Kotiolosuhteiden, jotka voivat vaikuttaa lapsen elämään, lävitse käymistä keskusteluissa pidettiin erityisen oleellisena. Yleensä vanhemmat kertovat avoimesti ongelmistaan. Kouluterveydenhuollon haasteena kuitenkin usein on, miten ottaa ikävimmät asiat esille.

Tutkimusaineiston mukaan terveydenhoitotyötä arvostetaan moniammatillisessa yhteisössä erityisesti henkisen pahoinvoinnin kartoituksessa ja seurannassa, mikä näkyy muun muassa vanhempien yhteydenottoina. Työn arvostus ei kuitenkaan näy palkkauksessa eikä työn sisällössä. Tulos poikkeaa hieman aiemmista tuloksista. Työyhteisössä, jossa on monen alan ammattilaisia, kouluterveydenhoitajan asiantuntijuutta voidaan aliarvioida (Ivanoff ym. 2006, 28–29).

7.1.7 Ajan puutteen seuraukset

Suurin osa terveydenhoitajista kokee tietojen vaihdon yhteistyötahojen kanssa ongelmalliseksi ajan puutteen vuoksi, minkä vuoksi keskusteluille pitää vain yrittää järjestää aikaa terveystarkastusten välille. Osa terveydenhoitajista uskoo kuitenkin, että pystyisi järjestämään omasta puolesta aikaa tapaamisiin. Erityisesti psykologien ja lääkärien kanssa ei ole tarpeeksi aikaa käydä läpi oppilaiden vointia. Lääkäreiden työ keskittyy lähinnä terveystarkastusten tekoon, mikä vaikeuttaa yhteistyötä. Osa terveydenhoitajista kokee lääkäreiden olevan niin kiireisiä, ettei heidän puoleensa voi kääntyä kuin isoimmissa sairastapauksissa. Lääkäreille voi kuitenkin tarvittaessa laittaa yhteydenottopyynnön. Moniammatillinen yhteistyö oppilashuollossa on tärkeää (Jakonen 2006, 159–160).

Terveydenhoitajien haastatteluissa korostui vanhempien tapaamisten järjestämiseen tarvittavan ajan puute. Toisaalta myös vanhemmilla voi olla vaikeuksia tavata terveydenhoitajia päivällä, jolloin monet vanhemmista ovat töissä. Ajallisten olosuhteiden salliessa useat vanhemmat olisivat kuitenkin halukkaita yhteistyöhön. Aineistossa ilmeni myös, että terveydenhoitajalla on toisinaan liian vähän aikaa kuunnella huolia, joita

vanhemmilla on herännyt lapsistaan ja suunnitella mahdollisia jatkotoimenpiteitä. Vanhempiin ollaankin yleensä yhteydessä puhelimitse. Tutkimuksen Kouluterveydenhuolto (2002, 22–23, 37) mukaan kouluterveydenhuollon ja vanhempien yhteistyö ja tapaamiset ovat erityisen tärkeitä, sillä usein koululaisen ongelmien taustalla ovat juuri perheen ongelmat.

Osa ongelmista saattaa jäädä huomioimatta kiireellisen aikataulun vuoksi. Haastavaksi koettiin myös kiireettömän vaikutelman antaminen terveystarkastuksissa, kun aika on rajallinen. Osa terveydenhoitajista oli kuitenkin tyytyväisiä 30 minuutin aikaan, joka on varattu 3. luokkalaisten tarkastuksiin. Osa piti aikaa riittävänä, jos osaa kysyä oikeita kysymyksiä. Räsänen (2002, 276) toteaa myös tutkimuksessaan muun muassa resurssien lisäämisen tarpeen, jotta mielenterveysongelmien tiedusteluun jää enemmän aikaa tarkastuksissa.

7.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimusetiikka tarkoittaa tutkijoiden ammattietiikkaa, johon kuuluvat eettiset periaatteet, arvot, hyveet ja säännöt, joita tutkijan olisi hyvä noudattaa (Kuula 2006, 23). Olemme noudattaneet eettisiä käytäntöjä tutkimuksen eri vaiheissa.

Tutkimuksen suunnittelussa on aina toivottavaa, että kaikki tutkimuksen tekijät osallistuvat tasavertaisesti suunnitteluun. Suunnitteluvaiheessa onkin hyvä pohtia vastoin käymisiä, joita voi tulla mahdollisesti eteen tutkimuksen edetessä. Tutkimuksen alkuvaiheessa myös tutkimusmateriaalin arkistointi pitää suunnitella. (Mäkinen 2006, 80–81.) Suunnittelimme tutkimuksemme toteutuksen hyvässä yhteistyössä ja otimme huomioon myös mahdolliset tutkimuksen tekoa hidastavat ja vaikeuttavat tekijät. Määritimme myös tutkimuksemme tarkoituksen jo alkuvaiheessa, mikä motivoi etenemään tutkimuksessa. Tutkimusaineiston ja kaiken muun tutkimusmateriaalin olemme tallentaneet omille henkilökohtaisille tietokoneille ja muistitikuille. Täten tutkimuksen ulkopuolisilla ihmisillä ei ole ollut mahdollisuutta päästä käsiksi tutkimuksen tietoihin. Poistamme tietokoneiltamme tutkimusta koskevat tallennukset, kun tutkimuksemme on saanut hyväksymismerkinnän.

Tutkijan on perehdyttävä alansa, jotta hankittu ja välitetty tieto olisi mahdollisimman luotettavaa. Lähdekritiikin käyttö on oleellista tutkimuksen viitekehityksen tuottamisessa. Tutkijan on oltava kiinnostunut myös hankkimaan uutta tietoa. Tutkimuksesta, joka aiheuttaa vahinkoa muille, tulee pidättäytyä. Tutkijan on oltava toiminnassa rehellinen, eikä hän saa syyllistyä huijaukseen (Pietarinen 2002, 60, 62, 65; Mäkinen 2006, 128). Perehdyimme alan kirjallisuuteen käyttäen monipuolisesti erilaisia lähteitä, jotka olivat laadultaan tasokkaita ja uusia. Koko opinnäytetyön tekemisen ajan uuden tiedon tuottaminen on ollut yksi päämääristämme. Tutkimuksemme ei loukkaa ulkopuolisia ihmisiä, ja olemme myös pyrkineet toiminnassamme rehellisyyteen.

Tutkimusta varten on hyvä hankkia tutkimuslupa. Lisäksi tutkimukseen osallistuvilta on saatava mielellään kirjallinen suostumus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 184.) Hankimme tutkimusluvan ja kirjallisen suostumuksen (liite 2) haastateltavilta haastatteluiden yhteydessä.

Muun muassa haastattelut voivat sisältää monia eettisiä ongelmia, kuten sairaiden ihmisten vastausten luotettavuus (Mäkinen 2006, 92, 94). Haastateltaville on hyvä kertoa muun muassa tutkimuksen tavoite, vapaaehtoisuus, aineistonkeruun toteutus, tietojen suojaaminen, tietojen käyttötarkoitus, käyttöaika ja se, ketkä tietoja käyttävät (Kuula 2006, 102). Haastateltavamme olivat kaikki terveitä ja halukkaita osallistumaan haastatteluun. Kerroimme sekä kirjallisesti että suullisesti tutkimuksemme käytännöistä. Terveystieteillä oli myös mahdollisuus esittää lisäkysymyksiä ennen haastatteluja.

Tutkimustiedon välittämisessä on muun muassa noudatettava huolellisuutta ja tarkkuutta, sekä omat tulokset on esitettävä rehellisesti. Tutkijan olisi myös hyvä vaikuttaa siihen, että tutkimuksen tietoa käytetään eettisesti. (Pietarinen 2002, 66–67.) Olemme pyrkineet esittämään tutkimuksemme selkeästi ja totuudenmukaisesti. Johdannossa olemme ohjanneet tutkimustulosten hyödyntämistä tulevaisuudessa.

Toisten tutkijoiden arvostaminen kuuluu myös hyviin eettisiin käytäntöihin (Pietarinen 2002, 68). Olemme tutkimuksemme ajan pyrkineet kunnioittamaan toistemme mielipiteitä siitä, miten tutkimus olisi hyvä eri vaiheissa suorittaa. Lisäksi viitatessamme aiem-

piin tutkimuksiin olemme käsitelleet niitä kunnioittavasti emmekä ole käyttäneet niiden tietoja väärin. Seuraavassa alaluvussa käsittelemme tutkimuksen luotettavuutta.

7.3 Tutkimuksen luotettavuus

Selkeää näkemysten laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnista ei ole. Joka tapauksessa tutkijan on pohdittava opinnäytetyönsä luotettavuutta. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida esimerkiksi erilaisin kriteerein. Näitä kriteereitä ovat muun muassa refleksiivisyys, uskottavuus ja siirrettävyys. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160; Kananen 2010, 71.)

Refleksiivisyys tarkoittaa, että tutkijan on oltava tietoinen omista lähtökohdistaan tutkijana ja arvioitava lähtökohdat, jotka voisivat vaikuttaa aineistoon ja tutkimusprosessiin (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 165). Meillä ei ollut tutkimusaiheestamme henkilökohtaisia ennakkokäsityksiä, jotka olisivat vaikuttaneet tutkimuksen tekoon ja saatuihin tuloksiin. Tutkimuksen tekeminen oli meille täysin uutta, joten pyrimme hyödyntämään eri teoksista, tutkimuksista, verkkolähteistä ja tarvittaessa ohjaajilta saatavan tiedon ja tutkimaan aineistoa sen valossa.

Haastatteluaineiston luotettavuus riippuu useasta tekijästä. Luotettavuus kärsii esimerkiksi, jos vain osaa haastatellaan, tallenteet ovat heikkolaatuisia, litterointi ei noudata samaa kaavaa alussa ja lopussa tai luokittelu on epämääräistä. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 185.) Haastatteluaineiston luotettavuus oli meille ensisijaisen tärkeää, joten toteutimme haastattelut, litteroinnin ja luokittelun metodikirjojen ohjeiden mukaisesti. Haastatelimme kaikkia haastateltavia, jotka olivat halukkaita osallistumaan haastatteluun. Tallenteet olivat laadultaan hyviä. Jokaisen haastattelun litteroinnissa noudatimme samoja periaatteita. Luokittelussa toteutimme periaatteita, jotka esitellään useissa metodikirjoissa.

Uskottavuus edellyttää, että lukija ymmärtää tuloksia lukemalla, miten analyysi on tehty ja mitkä ovat tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. Uskottavassa tutkimuksessa luokitukset kattavat aineiston. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160.) Tulosten yhteydessä on käytetty kuvioita ja haastatteluista poimittuja suoria lainauksia, joiden

perusteella tekstin lisäksi lukija saa käsityksen analyysin tekoavasta. Tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset tulevat myös esille tutkimuksessamme. Luokituksissa on otettu huomioon koko aineiston tärkeimmät asiat.

Siirrettävyyden kannalta puolestaan on tärkeää, että tutkimuskonteksti, osallistajat, aineiston keruu ja analyysi kuvataan tarkasti (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160). Olemme kertoneet tutkimuksemme vaiheista niin tarkasti, että seuraavalla mahdollisella tutkijalla on mahdollisuus seurata prosessiamme. Raportoinnin luotettavuutta lisää myös selkeä kirjoitustyyli. Lisäksi raportoinnin on vakuutettava lukija tehtyjen ratkaisujen oikeellisuudesta ja avattava uusia näkökulmia. (Nieminen 1997, 220.) Edellä mainitut luotettavuustekijät tulevat esille tutkimuksen eri vaiheissa.

7.4 Omat oppimiskokemukset ja jatkotutkimushaasteet

Tutkimusprosessimme opetti meille paljon uutta. Muun muassa tiedonhankintataitoimme kehittyivät tutkimuksen etenemisen myötä, mistä on hyötyä tulevaisuudessa. Opimme myös tekemään haastatteluja ja analysoimaan niitä. Kaiken kaikkiaan saimme perusteellista tietoa laadullisen tutkimuksen toteuttamisesta eri metodikirjoista ja ohjaajiltamme.

Saimme myös uutta tietoa tutkimusaiheestamme, josta meillä ei kouluterveydenhoitajan näkökulmasta ollut juurikaan tietoa. Tutkimusaineiston terveydenhoitajien mukaan huono olo näyttäytyy enimmäkseen mielenkiinnon menetyksenä, väsymyksenä ja apeutena. Terveystarkastukset toteutuivat suositusten mukaisesti. Henkisen pahoinvoinnin arviointiin käytettävien lomakkeiden käyttö oli kuitenkin vaihtelevaa neuvoloiden välillä. Terveys hoitajat pyrkivät tekemään yhteistyötä perheen kanssa lapsen henkisen voinnin selvittelyssä, mikä tapahtuu lähinnä puhelimitse. Osa terveydenhoitajista koki myös, että luvan pyytäminen vanhemmilta lapsen asioiden käsittelyyn voi osaltaan vähentää ongelmista puhumista.

Tutkimuksen tekemisen myötä saimme uutta tietoa lasten henkisestä pahoinvoinnista aiemmista tutkimuksista ja saamistamme tuloksista. Tulevaisuudessa mahdollisessa kouluterveydenhoitajan ammatissa on hyötyä kyseisistä tiedoista, joita voidaan tarvita koululaisten henkisen pahoinvoinnin selvittelyssä ja jatkotoimenpiteiden suunnittelussa.

Tutkimusta voisi laajentaa jatkamalla sitä koko Suomen kattavaksi. Toisaalta tulevaisuudessa voitaisiin keskittyä vain alakoululaisten henkisen pahoinvoinnin ennaltaehkäisyyn kouluterveydenhuollossa, sillä varhainen puuttuminen säästäisi raskaampien mielenterveyspalveluiden tarvetta ja kustannuksia. Olisi myös mielenkiintoista saada lisää valtakunnallista tietoa 7–12-vuotiaiden lasten henkisestä tilasta nyky-Suomessa, sillä kyseistä tietoa on melko vähän. Lisäksi lasten henkisen tilan tutkimuksista saataisiin hyödyllistä tietoa kouluterveydenhoitajien työhön.

LÄHTEET

Ahonen, T. & Korhonen, T. 2002. Lasten psyykkisten häiriöiden neuropsykologiasta. Teoksessa T. Ahonen, T. Korhonen, M. Korkman, H. Lyytinen & T. Riita (toim.) *Oppimisvaikeudet. Neuropsykologinen näkökulma*. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY, 291–328.

Ahonen, T., Lyytinen, H., Lyytinen, P., Nurmi, J., Pulkkinen, L. & Ruoppila, I. 2006. *Ihmisen psykologinen kehitys*. 1. painos. Porvoo ; Helsinki: WSOY.

Alasuutari, P. 2011. *Laadullinen tutkimus*. 4. uudistettu painos. Tampere: Vastapaino.

Almqvist, F. 2010. Bio-psykososiaalinen viitekehys. Teoksessa F. Almqvist, I. Moilanen, E. Räsänen & T. Tamminen (toim.) *Lasten- ja nuorisopsykiatria*. 3.–4. painos. Helsinki: Duodecim, 16–19.

Almqvist, K., Broberg, A. & Tjus, T. 2005. *Kliininen lapsipsykologia*. Helsinki: Edita.

Anttila, P. 2007. Ihan yksin. Lasten mielenterveyshäiriöt lisääntyvät hallitsemattomalla vauhdilla. Joka kymmenes lapsi tarvitsisi psykiatrista apua, *Suomen kuvalehti*, 2007, 13, 20–25.

Aronen, E & Sourander, A. 2011. Lastenpsykiatria. Teoksessa M. Henrikson, J. Lönnqvist, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) *Psykiatria*. 9. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 530–560.

Beck, C. T & Polit, D. F. 2004. *Nursing research: principles and methods*. 7. painos. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Borg, A-M. 2011. Vahvuudet ja vaikeudet -kysely. Hakupäivä 2.11.2012, <https://optima.oamk.fi/learning/id5/bin/user?rand=54039>.

Borg, A-M. & Kaukonen, P. 2011. Lapsen psykososiaalisen kehityksen arviointimenetelmä, LAPS-lomake. Hakupäivä 2.11.2012, <https://optima.oamk.fi/learning/id5/bin/user?rand=24957>.

Borg, A-M., Kaukonen, P., Laatikainen, T. & Mäki, P. 2011. Lapsen oireiden selvittäminen. Hakupäivä 2.11.2012, <https://optima.oamk.fi/learning/id5/bin/user?rand=40222>.

Borg, A-M., Kaukonen, P. & Mäki, P. 2011. Työntekijän havaintoihin perustuvat kokonaisarvio. Hakupäivä 2.11.2012, <https://optima.oamk.fi/learning/id5/bin/user?rand=35691>.

- Cullberg, J. 2005. Psykoosit - kokoava näkökulma. Helsinki: Therapie-säätiö.
- Dunderfelt, T. 2011. Elämänkaaripsykologia. Lapsen kasvusta yksilön henkiseen kehitykseen. 14. uudistettu painos. Helsinki: WSOYpro.
- Eronen, M., Henrikson, M. & Marttunen, M. 2011. Persoonallisuushäiriöt. Teoksessa M. Henrikson, J. Lönnqvist, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) Psykiatria. 9. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 480–500.
- Field, P. & Morse J. 2000. Hoitotyön kvalitatiivinen tutkimus. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Furman, B. 2003. Muksuoppi. Ratkaisun avaimet lasten ongelmiin. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hakulinen-Viitanen, T., Hastrup, A., Hietanen-Peltola, M., Pelkonen, M. & Wallin, M. 2012. Laaja terveystarkastus. Ohjeistus äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan sekä koulu-terveydenhuoltoon. Opas 22. Hakupäivä 1.11.2012, https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80497/URN_ISBN_978-952-245-708-0.pdf?sequence=1.
- Lasten ja lapsiperheiden terveys- ja hyvinvointierot. Hakulinen-Viitanen, T., Kaikkonen, R., Laatikainen, T., Markkula, J., Mäki, P., Ovaskainen, M-L, Virtanen, S., & Wikström, K. (toim.) 2012. Terveystarkastus ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 16/2012. Hakupäivä 25.1.2013, <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/b79b33f7-e767-4a74-ab5d-40e9b60a1fe8>.
- Lasten terveys. LATE-tutkimuksen perustulokset lasten kasvusta, kehityksestä, terveydestä, terveystottumuksista ja kasvuympäristöstä. Hakulinen-Viitanen, T., Kaikkonen, R., Koponen, P., Koskinen, S., Laatikainen, T., Leinonen, A., Mäki, P., Sippola, R., Vartiainen, E. & Virtanen, S. (toim.) 2010. Terveystarkastus ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 2/2010. Hakupäivä 1.1.2013, <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/3ebde5ad-1be7-4268-9167-df23095fca33>.
- Hanell, Å. & Hellström, K. &. 2003. Fobiat. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.
- Henkinen kuormittuminen. 2012. Työterveyslaitos. Hakupäivä 3.4.2013, http://www.ttl.fi/fi/terveys_ja_tyokyky/henkinen_kuormittuminen/sivut/default.aspx.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15.uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

- Huhtanen, K. 2007. Kun huoli herää. Varhainen puuttuminen koulussa. Juva: WS Bookwell Oy.
- Huttunen, M. 2010. Konversiohäiriö. Hakupäivä 4.8.2011, http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00380.
- Huttunen, M. 2012. Lasten ja nuorten ahdistuneisuus(eroahdistushäiriö, sisarkateushäiriö). Hakupäivä 5.2.1013, http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00369.
- Huttunen, M. 2010. Persoonallisuushäiriöt. Hakupäivä 1.8.2011, http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00407.
- Huttunen, M. 2010. Sosiaalisten tilanteiden pelko. Hakupäivä 6.8.2011, http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00492.
- Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen perusopetuksessa 2009. Fröjd, S., Peltonen, H. & Rimpelä, M. (toim.) 2010. Perusraportti. Opetushallitus. Koulutuksen seurantaraportit 2010:1. Hakupäivä 15.1.2013, http://www.oph.fi/download/124847_Hyvinvoinnin_ja_terveyden_edistaminen_perusopetuksessa_2009.pdf.
- Hyvärinen, L., Jokinen, E., Kaltiala-Heino, R., Näntö-Salonen, K., Puura, K., Salmi, T., Salo, M., Silvoniemi, P., Toppari, J., & Uhari, M. 2002. Oppilaiden seulontatutkimukset. Teoksessa E-L. Ala-Laurila, H. Krogius, J. Laakso, M. Pietikäinen & P. Terho (toim.) Kouluterveydenhuolto. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 169–212.
- Isometsä, E. 2011. Masennushäiriöt. Teoksessa M. Henrikson, J. Lönnqvist, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) Psykiatria. 9. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 154–193.
- Isometsä, E. 2011. Kaksisuuntaiset mielialahäiriöt. Teoksessa M. Henrikson, J. Lönnqvist, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) Psykiatria. 9. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 194–217.
- Ivanoff, P., Kitinoja, H., Rahko, R., Risku, A. & Vuori, A. 2006. Hoidatko minua? Lapsen, nuoren ja perheen hoitotyö. 3. painos. Helsinki: WSOY.
- Jakonen, S., Tossavainen, K., Tupala, M., Turunen, H. & Vertio, H. 2002. Terveys ja hyvinvointi koulu yhteisössä. Teoksessa T. Koivisto, S. Muurinen, A. Peijonen & E. Rajalahti. Hoitotyön vuosikirja 2003. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Helsinki: Tammi, 62–77.

Jakonen, S. 2006. Kouluterveydenhuollon merkitys. Teoksessa E. Laukkanen, M. Marttunen, S. Miettinen & P. Pietikäinen (toim.) Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. 1. painos. Helsinki: Duodecim, 156–164.

Joukamaa, M. 2011. Elimellisoireiset häiriöt. Teoksessa M. Henriksson, J. Lönnqvist, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) Psykiatria. 9. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 282–299.

Juvakka, T. & Kylmä, J. 2007. Laadullinen terveystutkimus. 1. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kananen, J. 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu, liiketoiminta ja palvelut -yksikkö.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.

Karlsson, L. & Marttunen, M. 2007. Nuorten depressio. Tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 10/2007. Helsinki: Kansanterveyslaitos.

Kaski, M. 2004. Älyllinen kehitysvammaisuus. Teoksessa E. Herrgård, M. Iivanainen, M. Koivikko, H. Rantala & M. Sillanpää (toim.) Lastenneurologia. Helsinki: Duodecim, 178–198.

Kaye, D., Meyer, W. & Thomas, C. 2002. Aggressive behavior. Teoksessa D. Kaye, M. Montgomery & S. Munson (toim.) Child and adolescent mental health. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 149–164.

Kemppinen, P. 2000. Lasten ja nuorten tunne-elämän häiriöt. Vantaa: Kustannusvalmennus P. & K. Oy.

Kiintymyssuhde ja ero. 2007. Poliklinikka. Hakupäivä 6.8.2011, <http://www.poliklinikka.fi/?id=5497879&page=5575414>.

Kinnunen, S. 2003. Anna mun olla lapsi. Helsinki: Kirjapaja Oy.

Kopakkala, A. 2009. Masennus. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Korpela, R. 2004. Autismi. Teoksessa E. Herrgård, M. Iivanainen, M. Koivikko, H. Rantala & M. Sillanpää (toim.) Lastenneurologia. Helsinki: Duodecim, 200–212.

Kosunen, E. 2002. Seksuaalisuus. Teoksessa E-L. Ala-Laurila, H. Krogius, J. Laakso, M. Pietikäinen & P. Terho (toim.) Kouluterveydenhuolto. 2. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 127-137.

Kouluterveydenhuolto. Laurila, H. Krogius, J. Laakso, M. Pietikäinen & P. Terho (toim.) 2002. 2. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 18–21.

Kouluterveydenhuolto 2002. Opas kouluterveydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille. 2002. Sosiaali- ja terveysministeriö & Stakes. Hakupäivä 1.8.2011, http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/muut/Oppaita51_2002.pdf.

Kristeri, I. 2003. Tunteet ja syöminen. Helsinki: Kirjapaja.

Kumpulainen, K. 2010. Epidemiologia ja häiriöiden jatkuvuus. Teoksessa F. Almqvist, K. Kumpulainen, I. Moilanen, J. Piha, E. Räsänen & T. Tamminen (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. 3.–4. painos. Helsinki: Duodecim, 131–136.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.

Kuusela, J., Rigoff, A-M., Rimpelä, M., Saaristo, V. & Wiss, K. 2008. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen peruskouluissa 2. Peruseräraportti kyselystä 1.–6. vuosiluokkien kouluille. Opetushallituksen peruseräraportti. Hakupäivä 25.2.2013, http://www.oph.fi/download/46621_hyvinvoinnin_ja_terveyden_edistaminen_peruskouluissa2.pdf.

Laakso, J. & Sohlman, A. 2002. Yhteistyö kouluterveydenhuollossa. Teoksessa E-L. Ala-Laurila, H. Krogius, J. Laakso, M. Pietikäinen & P. Terho (toim.) Kouluterveydenhuolto. 2. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 62–69.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa S. Janhonen & M. Nikkonen (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY, 21–40.

Lehtonen, J. & Lönnqvist, J. 2011. Psykiatria ja mielenterveys. Teoksessa M. Heikkinen, M. Henrikson, J. Lönnqvist, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) Psykiatria. 9. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 12–30.

Lehto-Salo, P. & Marttunen, M. 2006. Käytöshäiriöt ja niiden hoito. Teoksessa E. Laukkanen, M. Marttunen, S. Miettinen & M. Pietikäinen (toim.) Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Helsinki: Duodecim, 99–110.

Linna, S-L. 2010. Laaja-alaiset kehityshäiriöt. Teoksessa F. Almqvist, K. Kumpulainen, I. Moilanen, J. Piha, E. Räsänen & T. Tamminen (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. 3. –4. painos. Helsinki: Duodecim, 289–297.

Linna, S-L. 2002. Ahdistuneisuushäiriöt. Teoksessa N-P. Huttunen (toim.) Lasten ja nuorten sairaudet. Porvoo: WS Bookwell Oy, 322–324.

Lämsä, A-L. 2009. Yhteiskunnan muutos ja elämän riskit. Teoksessa A-L. Lämsä (toim.) Mun on paha olla. Näkökulmia lasten ja nuorten psyykkiseen hyvinvointiin. Juva: WS Bookwell Oy, 21–32.

Lönnqvist, J. 2005. Mielenterveyden ongelmat. Hakupäivä 2.1.2013, http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00028.

Lönnqvist, J, 2003. Mielenterveys suojelukohteena. Teoksessa K. Lehtonen, T. Tuovinen & M. Valkonen-Korhonen (toim.) Mielenterveys uusiutuvana voimavarana. Helsinki: Yliopistopaino, 80–86.

Mielenterveys. 2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Hakupäivä 1.12.2012, http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/aikalisa/materiaalit/mielenterveys.

Moilanen, I. 2010. Käytöshäiriöt. Teoksessa F. Almqvist, I. Moilanen, E. Räsänen & T. Tamminen (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. 3. –4. painos. Helsinki: Duodecim, 265–275.

Mäki, P. 2011. Kouluterveydenhuollon terveystarkastukset. Hakupäivä 2.11.12, <https://optima.oamk.fi/learning/id5/bin/user?rand=22945>.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.

Nieminen, H. 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa M. Paunonen & K. Vehviläinen-Julkunen. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1. painos. Juva: WSOY, 215–221.

Nikander, P. 2010. Laadullisten aineistojen litterointi, kääntäminen ja validiteetti. Teoksessa M. Hyvärinen, P. Nikander & J. Ruusuvaara (toim.) Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino, 432–442.

Nordling, E. & Toivio, T. 2009. Mielenterveyden psykologia. Helsinki: Edita.
Olen juuri syönyt. Läheiselläni on syömishäiriö. Charpentier, P., Keski-Rahkonen, A. & Viljanen, R. (toim.) 2008. 1.painos. Helsinki: Duodecim.

- Pajanen, H. 2006. 10–12-vuotias. Hakupäivä 10.9.2011, <http://www.nettineuvo.fi/index.asp>.
- Pietarinen, J. 2002. Eettiset perusvaatimukset tutkimustyössä. Teoksessa S. Karjalainen, V. Launis, R. Pelkonen & J. Pietarinen (toim.) Tutkijan eettiset valinnat. Helsinki: Gaudamus.
- Pitkäaikainen, ruumiillinen sairaus altistaa masennukselle. 2008. Masennusklinitikka. Hakupäivä 7.7.2011, <http://www.tohtori.fi/?page=8581646&id=4702536>.
- Psykiatrisen erikoissairaanhoidon 2011. 2013. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen tilastoraportti 4/2013. Hakupäivä 26.2.2013, http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104346/Tr04_13.pdf?sequence=1.
- Punamäki, R-L. & Solantausta, T. 2008. Maailma, lapsi ja lapsen kehityksen tutkimus: globaalin talouden polku lapsen kehitykseen ja mielenterveyteen. Teoksessa A. Lahikainen, R-L. Punamäki & T. Tamminen. (toim.) Kulttuuri lapsen kasvattajana. Vantaa: Dark Oy, 183–201.
- Puura, K. 2010. Perusterveydenhuollon lastenpsykiatria. Teoksessa F. Almqvist, K. Kumpulainen, I. Moilanen, J. Piha, E. Räsänen & T. Tamminen (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. 3.–4. painos. Helsinki: Duodecim, 381–383.
- Puustjärvi, A. 2007. Psykoottiset häiriöt. Hakupäivä 1.8.2011, http://peda.net/veraja/vep/tietoveraja/ongelmia_kasvussa_ja_kehityksessa/tavallisimmat_psykkiset_hairiot/psykoottiset_hairiot_.
- Pönkkö, M-L. 2009. Perheen mahdollisuudet saada lapselle ja nuorelle ammattiapua. Teoksessa A-L. Lämsä (toim.) Mun on paha olla. Näkökulmia lasten ja nuorten psyykkiseen hyvinvointiin. Juva: WS Bookwell Oy, 135–143.
- Ruski, S. 2002. Kouluterveydenhoitajan tehtävät. Teoksessa E-L. Ala-Laurila, H. Krogius, J. Laakso, M. Pietikäinen & P. Terho (toim.) Kouluterveydenhuolto. 2. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 48–53.
- Räsänen, E. 2002. Mielenterveyden häiriöt ja syrjäytyminen. Teoksessa E-L. Ala-Laurila, H. Krogius, J. Laakso, M. Pietikäinen & P. Terho (toim.) Kouluterveydenhuolto. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 266–276.
- Räsänen, E. 2010. Valikoiva puhumattomuus. Teoksessa F. Almqvist, K. Kumpulainen, I. Moilanen, J. Piha, E. Räsänen & T. Tamminen (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. 3.–4. painos. Helsinki: Duodecim, 212–214.

Räsänen, E. & Tamminen, T. 2010. Sairauksien ennaltaehkäisy. Teoksessa F. Almqvist, K. Kumpulainen, I. Moilanen, J. Piha, E. Räsänen & T. Tamminen (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. 3.–4. painos. Helsinki: Duodecim, 373–377.

Sarajärvi, A & Tuomi, J. 2012. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 9. uudistettu laitos. Vantaa: Tammi.

Soisalo, R. 2012. Särkyvä mieli. Lasten ja nuorten psyykkinen oireilu. Helsinki: Suomen Psykologinen Instituuttiyhdistys.

Strid, O. 2002. Terveystarkastukset ala-asteella(luokat 1–6). Teoksessa E-L. Ala-Laurila, H. Krogius, J. Laakso, M. Pietikäinen & P. Terho (toim.) Kouluterveydenhuolto. 2. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 139–146.

Terho, P. 2002. Kouluterveydenhuollon tavoitteet ja merkitys. Teoksessa E-L. Ala-Laurila, H. Krogius, J. Laakso, M. Pietikäinen & P. Terho (toim.) Kouluterveydenhuolto. 2. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 139–146.

Tervaskanto-Mäentausta, T. 2008. Kouluikäinen ja nuori. Teoksessa P. Haarala, H. Honkanen, O. Mellin & T. Tervaskanto-Mäentausta. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Helsinki: Edita, 365–402.

Tilus, P. 2004. Pelistä pois? Huolehtivan koulun haaste. Juva: WS Bookwell Oy.

Tirkkonen, T. 2002. Käytöshäiriöt. Teoksessa N-P. Huttunen (toim.) Lasten ja nuorten sairaudet. Porvoo: WS Bookwell Oy, 324–326.

Uutela, A. 2002. Sairauksien ehkäisy. Teoksessa E-L. Ala-Laurila, H. Krogius, J. Laakso, M. Pietikäinen & P. Terho (toim.) Kouluterveydenhuolto. 2. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 427–428.

Vihreä kirja. Väestön mielenterveyden parantaminen. Tavoitteena Euroopan unionin mielenterveysstrategia. 2005. Euroopan yhteisöjen komissio. Hakupäivä 1.12.2012, http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_fi.pdf.

Viinamäki, H. 2003. Mitä kliininen epidemiologia kertoo tietoyhteiskunnan väestöstä. Teoksessa M. Valkonen-Korhonen, K. Lehtonen & T. Tuovinen (toim.) Mielenterveys uusiutuvana voimavarana. Helsinki: Yliopistopaino, 215–232.

LIITTEET

LIITE 1 SAATEKIRJE TUTKIMUKSEEN OSALLISTUVILLE

Hyvä terveydenhoitaja!

Teihin on oltu yhteydessä tutkimuksemme tiimoilta jo aiemmin tänä keväänä. Olette ilmaisseet halukkuutenne osallistua haastatteluun, jossa käsittelemme 7–12-vuotiaiden lasten mielenterveyden vaikeuksia.

Olemme terveydenhoitajaopiskelijoita Oulun seudun ammattikorkeakoulusta. Työskentelemme Posken kanssa yhteistyössä Tukeva-hankkeessa, jonka tavoitteena on tutkia 4–10-vuotiaiden lasten ja heidän perheidensä hyvinvointia. Meidän tarkoituksena hankkeessa on tehdä opinnäytetyö 7–12-vuotiaiden lasten mielenterveyteen liittyvistä vaikeuksista. Keskitymme siihen, miten kouluterveydenhoitajat nämä vaikeudet kokevat. Tutkimme myös, miten lasten mielenterveysvaikeudet tunnistetaan ja miten tunnistamisen jälkeen toimitaan. Oulun kaupungin edustaja on antanut tutkimukseen suostumuksensa.

Tutkimuksen tuloksia on tarkoitus hyödyntää käytännössä ja käyttää kouluterveydenhoitajien työn resurssien kehittämiseen. Esitämme tulokset syksyn 2012 aikana.

Aineiston tutkimukseen aiomme hankkia haastattelemalla kouluterveydenhoitajia Oulun seudulla. Pyydämme siis ystävällisesti lupaa saada haastatella teitä. Yksilöhaastattelut tehtäisiin työpaikallanne työaikana huhtikuussa joko viikolla 16 tai 17 teille sopivana kellonaikana. Voimme kuitenkin tarvittaessa tehdä haastatteluita myös toukokuussa mikäli huhtikuu ei sovi aikatauluunne. Päällekkäisyyksien välttämiseksi toivoisimme, että ilmoittaisitte meille sähköpostitse teille sopivia haastatteluajoja.

Tutkimusta varten antamanne tiedot säilytämme ehdottaman luottamuksellisina. Toivomme teidän suhtautuvan myönteisesti tähän tutkimuspyyntöön.

Ystävällisin terveisin

Henna Alamaunu & Amine Yilmaz

LIITE 2 TUTKIMUKSEN HAASTATTELUSUOSTUMUS

Tutkimuksen suostumuslupa

Olen saanut tietoa tutkimuksesta (tutkimuksen tarkoituksesta, tavoitteista, tutkimuksesta saatavasta hyödystä, riskeistä ja toteutuksesta) ja mahdollisuuden esittää lisäkysymyksiä tutkijoille. Lisäksi ymmärrän tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuuden ja oikeuteni kieltäytyä siitä milloin tahansa. Tiedän, että antamani tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Oulu ____ . ____ . 2012

Oulu ____ . ____ . 2012

Suostun osallistumaan tutkimukseen:

Suostumuksen vastaanottaja:

haastateltavan allekirjoitus

tutkijan allekirjoitus

nimen selvennys

nimen selvennys

LIITE 3. ESIMERKKI PELKISTÄMISESTÄ, KLUSTEROINNISTA JA ABSTRAHOINNIN VIIMEISESTÄ OSASTA

Alkuperäisilmauksia	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka	Yhdistävä luokka
<p>Kyllä tuon ikäiset vielä voivat hyvin. suurin osa lapsista voi ihan hyvin. lapset voivat hyvin.</p> <p>kyllä suurimmalla osalla on perheissä asiat hyvin. yleensä onnellisella lapsella myös perheolosuhteet ovat hyvät. Toisessa perheolosuhteet ovat hyvät ja lähtökohdat.</p> <p>toisella se koulu ja koulutie on yksi niitä turvatekijöistä.</p> <p>Kiinnosta mikään eikä jaksa mitään sekä on apea oloinen. Henkisistä vaikeuksista on masennusta ja koulukiusaamista.</p> <p>Koulussa vaikeuksia, keskittymisongelmaa, tai kiusaamista.</p>	<p>Suurin osa lapsista voi hyvin</p> <p>Kavereita, koulu menee hyvin.</p> <p>Perheessä asiat hyvin.</p> <p>Koulu ja koulutie.</p> <p>Mielenkiinnon menetys, ei jaksa mitään, apea masennus.</p> <p>Keskittymisongelmat, levottomuus, kiusaamiseen liittyvät.</p>	<p>Suurin osa lapsista voi hyvin.</p> <p>Mielenterveyttä vahvistavat kaverit, koulumestys, koulu, perheessä asiat hyvin.</p> <p>ei jaksa, apeus, levottomuus, puberteetti-kuohut, vetäytyminen, paino-ongelmat</p> <p>perheen vaikeudet, erot, uusioperheet, työurat, kodin rakentaminen, perheväkivalta, vanhempien oman elämän kaipuu, mielenterveysongelmat kiireinen elämäntapa, päihteiden käyttö, vanhemmuuden ongelmat, ei kavereita, kiusaaja/kiusattu, synnyynnäinen henki-</p>	<p>Hyvä mielen-terveys ja sen indikaattorit</p> <p>henkinen pahoinvointi ja sen riskitekijät</p>	<p>Hyvä mielen-terveys ja henkinen pahoinvointi</p>	<p>Kouluterveydenhoitajan kokemukset 7-12-vuotiaiden mielenterveydestä ja henkisen pahoinvoinnin ennaltaehkäisystä, tunnistamisesta ja toiminnasta tunnistamisen jälkeen sekä kokemukset työn arvostuksesta</p>

		nen sairaus, oppimisvai- keudet, sosiaaliset vaikutteet, erityisesti media			
--	--	--	--	--	--

Alkuperäisilmauksia	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka	Yhdistävä luokka
<p>Vähäisiä ne ovat ne keinot.</p> <p>niissä on aina parantamisen varaa.</p> <p>Kuuntelen ja olen täällä paikalla. jutellen asioita Puutun siis riskitekijöihin</p> <p>Vähän on sitä aikaa lisätty, mutta ei ihan riittävästi.</p> <p>Aika ei ainakaan riittävä ole</p> <p>Aika riittää, kun osaa kysyä esim. oikeat kysymykset 1. ja 5.luokalla on kaavakkeet,</p> <p>Kolmosillekin on oma kaavakkeensa.</p> <p>Kun mietin mielen-terveysasioita niin meidän peruskoulutuksessa ei sitä kauheasti ole ollut.</p> <p>Kyllähän ehdottamasti henkisiin ongelmiin tarvitsisi jatkuvaa koulutusta.</p>	<p>Keinot ovat vähäisiä.</p> <p>Asioista jutteleminen</p> <p>Riskitekijöihin puuttuminen</p> <p>Aika ei ole riittävä</p> <p>Aika riittää oikeilla kysymyksillä</p> <p>Peruskoulutuksessa on vähän ollut mielen-terveysasioita, mutta enemmän tarvitsisi</p>	<p>Keinot vähäisiä, kuunnellaan, jutellaan, riksitekijöihin puuttuminen.</p> <p>Aika ei ole riittävä, oikeilla kysymyksillä aika riittää ja on kohtuullinen.</p> <p>Seulonta ja seuranta kevyissä tapauksissa.</p> <p>1. ja 5. luokalla kaavake 3.luokalla kaavake Kyselykaavake vanhemmille, kakkosilla lota-mittari.</p> <p>Peruskoulutuksessa vähän mielen-terveys- asioita.</p>	<p>keinot vähäisiä, ennaltaehkäisyn keinot, aika riittää oikeilla kysymyksillä tai ei riitä, vähän vanhempien tapaamisia, kokonaisuus huomioidaan, ykkösillä ja vitosilla laajat tarkastukset ja muilla suppeat, lääkärin tarkastusten viivästyminen</p> <p>seulonta, seuranta, kysymykset, ei kaavakkeita, 1. ,2. , 3. , ja 5. luokalla kaavakkeita, kyselykaavake vanhemmille, lapsen olemuksen tarkkailu, kavereiden tiedustelu, ajan puute, aika riittää oikeilla kysymyksillä, yhteistyö, eri tahojen kanssa, tunnistamisen vaikeudet, peruskoulutuksen tuki mielen-terveystyöhön</p>	<p>Henkisen pahoinvoinnin ennaltaehkäisy ja tunnistaminen</p>	

Alkuperäisilmauksia	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka	Yhdistävä luokka
<p>Se on joka vuosittaista varmasti Oyssiin ei pääse ennen kuin lanu tai Oulun kaupunki tekee sen arvion. Että täältä suoraan ei kuin ihan ääripäissä.</p> <p>No Oyssin kanssa. Lasten lääkärin palvelut ja heidän kanssa voidaan konsultoida ja tehdä lähetettä.</p> <p>Esim. järjestetäänkö siellä palavereita.</p> <p>Keskustellaan kotitalanteesta, mitkä muut mahdolliset asiat voivat vaikuttaa ongelmien kehittymiseen. Sitten keskustellaan perheen jaksaminen keskustellaan kotioiloista.</p> <p>Yleensä vanhemmat kertovat ja ovat hyvin yhteistyössä. mutta osa kokee sen tunkeilevana eikä halua kertoa.</p>	<p>Vuosittaista.</p> <p>Oyssiin ei ennen kuin Lanu tai Oulun kaupunki tekee arvion, ääritapauksissa suoraan läheteellä.</p> <p>Oyssiin lastenlääkäreiden kanssa voidaan konsultoida ja tehdä lähetettä Vähäistä, kun lapsi on erikoissairaanhoidossa.</p> <p>Vanhemmat päättävät järjestetäänkö palavereita.</p> <p>Vanhempien näkökulmasta millainen lapsi on kotona, kaverit. Keskustellaan perheen olosuhteista, jotka voivat vaikuttaa lapsen henkiseen vointiin yleensä vanhemmat kertovat ongelmista.</p>	<p>Vuosittain, Oyssiin ei ennen Lanun tai Oulun kaupungin arviota.</p> <p>Lastenlääkäreiden kanssa konsultointi ja läheteet, erikoissairaanhoidolla yhteistoimintaa lähinnä Lanun, psykologin tai kuraattorin kanssa.</p> <p>Kotiutuessa, vanhemmat päättää järjestetäänkö palavereita.</p> <p>Vanhempien näkökulma miten menee koulu- sa/kotona/kaverit, lapsen oireet, vanhemmuus, perheen olosuhteet, yleensä vanhemmat kertovat ongelmista.</p>	<p>Lähtettäminen erikoissairaanhoitoon ja yhteistyö erikoissairaanhoidon kanssa.</p> <p>Vanhempien kanssa käytävän keskustelun asiasältö tunnistamisen jälkeen</p>	<p>Yhteistyö erikoissairaanhoidon ja vanhempien kanssa tunnistamisen jälkeen</p>	

Alkuperäisilmauksia	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka	Yhdistävä luokka
<p>Varmasti arvostetaan, koska aika paljon asioita on kouluterveydenhoitajan varassa. Kouluterveydenhuoltoon sysätään tätä seulovaa otetta. Siinä mielessä sitä arvostetaan.</p> <p>Eli arvostetaan varmasti, mutta toivoisin arvostuksen näkyvän myös työn sisällössä.</p> <p>Mutta miten sitten työnantaja järjestää lisäresursseja niin se on asia erikseen. Palkkauksen mukaan sitä ei kyllä arvosteta.</p> <p>Vanhemmilta voi sitten tulla positiivista yhteydenottoa, vanhemmat arvostaa.</p>	<p>Arvostetaan, sillä paljon on kouluterveydenhoitajan varassa.</p> <p>Arvostetaan kartoitus ja seuranta- kysymyksissä.</p> <p>Arvostetaan, mutta toivoisin näkyvän työn sisällössä.</p> <p>Palkkauksen mukaan ei arvosteta.</p> <p>Vanhemmat arvostaa.</p>	<p>Arvostetaan, koska paljon kouluterveydenhoitajan varassa.</p> <p>Arvostetaan kartoituksessa ja seurannassa, arvostus saisi näkyä työn sisällössä.</p> <p>Palkkauksen mukaan ei arvosteta.</p> <p>Vanhemmat arvostaa</p>	<p>Kouluterveydenhoitajan työn arvostus mielenterveysasioissa.</p>	<p>Kouluterveydenhoitajan työn arvostus mielen-terveysasioissa</p>	

LIITE 4 TEEMAHAASTATTELU

Millaisia kokemuksia kouluterveydenhoitajalla on 7-12-vuotiaiden mielenterveydestä ja mielenterveyden vaikeuksista?

- Millaisen vaikutelman olette saaneet tämän koulun koululaisten henkisestä hyvinvoinnista? Miten hyvinvointi näkyy? Millaisissa olosuhteissa onnelliset koululaiset elävät(perhe, ystävät, koulumenestys)?
- Entä henkinen pahoinvointi? Esiintyykö sitä usein? Millaisia henkisiä vaikeuksia koululaisilla on?
- Millaisia ongelmia on ollut henkisen pahoinvoinnin taustalla?

Miten kouluterveydenhoitaja voi ennalta ehkäistä mielenterveyshäiriöiden kehittymistä?

- Millaisia keinoja teillä on ehkäistä mielenterveysvaikeuksien kehittymistä? Koetteko kyseiset keinot riittäviksi?
- Miten koet ajan riittävyyden ennalta ehkäisyyn?
- Onko vanhempien kanssa tapaamisia? Mihin asioihin tapaamisissa keskitytään?
- Keitä laaja-alaisissa tarkastuksissa on yleensä mukana? Osallistuvatko vanhemmat kyseiseen tarkastukseen?
- Kuinka usein terveystarkastus tehdään ala-asteella yhdelle oppilaalle?
- Kuinka usein lääkärin tarkastus on korvattu terveydenhoitajan tarkastuksella?

Miten kouluterveydenhoitaja voi tunnistaa 7-12 -vuotiaiden lasten mielenterveyteen liittyviä vaikeuksia?

- Millaisia keinoja teillä on tunnistaa mielenterveysvaikeuksia?
- Entä miten aika riittää mielenterveysvaikeuksien tunnistamiseen?
- Entä muut resurssit; onko yhteistyötahoja? Millaista yhteistyö seuraavien tahojen kanssa on: koululääkäri, terveysaseman henkilökunta, oppilashuolto, opettajat, vapaaehtoisjärjestöt, virkamiehet, tukioppilaat, muu terveydenhuolto, sosiaalihuolto, nuorisotoimi ja seurakunta.?

- kuinka usein tietoja vaihdetaan yhteistyötahojen kanssa?
Liittykö tunnistamiseen vaikeuksia? Millaisia?
- Miten koulutus on tukenut mielenterveysvaikeuksien tunnistamista ja hoitoa?

Millaisia kokemuksia kouluterveydenhoitajalla on omista mahdollisuuksista auttaa 7-12-vuotiaita koululaisia mielenterveyteen liittyvissä vaikeuksissa?

- Kuinka usein koululainen joudutaan lähettämään henkisten ongelmien vuoksi erikoissairaanhoidon? Millaista on yhteistyö erikoissairaanhoidon kanssa?
- Entä millaista yhteistyön on vanhempien kanssa tunnistamisen jälkeen? Miten usein tapaamisiin on aikaa?
- Millaisia asioita vanhempien kanssa keskustellaan mahdollisessa tapaamisessa tunnistamisen jälkeen?
- Arvostetaanko terveydenhoitajan tietämystä ja työtä mielenterveyden häiriöiden tunnistamisessa ja hoidossa?